EXPOSÉ DES TITRES

DU

DOCTEUR BARTH

Externe des hôpitaux en 1829.

Interne des hôpitaux au concours de 1831, le 1er sur la liste.

Premier prix au concours général des hôpitaux pour l'année 1835 (médaille d'or et deux années supplémentaires d'internat).

Docteur en médecine en 1837.

Chef de clinique médicale de la Faculté en octobre 1837; attaché en cette qualité, pendant deux années, à M. le professeur Chomel à l'Hôtel-Dieu. Dans cet intervalle les observations de tous les malades intéressants, admis à la clinique, au nombre de 1,279, ont été par moi soigneusement recueillies, toutes les autopsies minutieusement décrites; puis tous les faits particuliers ont été rigoureusement analysés pour servir de base au résumé général par lequel le professeur Chomel terminait chaque année son cours de clinique médicale.

Professeur agrégé de la Faculté de médecine, concours de 1838.

Nommé en 1839 préparateur d'anatomie pathologique au musée Dupuytren, j'ai déposé dans les collections de la Faculté 455 pièces concernant les diverses altérations organiques susceptibles de conservation.

Médecin du Bureau central des hôpitaux, nommé par concours en octobre 1840, le premier à l'unanimité des suffrages, j'ai fait en cette qualité cinq années d'exercice et plusieurs remplacements temporaires dans les hôpitaux.

Médecin titulaire de l'infirmerie de la Salpêtrière de 1846 à 1851,

j'ai obtenu une médaille d'argent pour services exceptionnels rendus pendant l'épidémie de choléra en 1849.

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine en 1851;

Médecin de l'hôpital Beaujon en 1852; deuxième médaille d'argent pour services pendant l'épidémie de 1854.

Médecin de l'Hôtel-Dieu en 1860; troisième médaille d'argent pour services exceptionnels pendant l'épidémie de 1865.

Chevalier de la Légion d'honneur en 1847.

Officier de l'ordre en 1866.

Élu membre de l'Académie de médecine (section d'anatomie pathologique) le 18 juillet 1854, par 65 suffrages sur 73 votants.

Vice-président pour l'année 1871;

Président de l'Académie pour 1872;

Commandeur de la Légion d'honneur, en 1873, pour services rendus à la science et à l'Académie.

Élu la même année, par l'Académie, comme membre du Conseil supérieur de l'instruction publique.

ENSEIGNEMENT.

Remplacement de M. le professeur Duméril dans la chaire de *pathologie interne*, années 1846-47.

De 1842 à 1847, en remplacement de M. Chomel pendant les vacances à la clinique de l'Hôtel-Dieu, j'ai fait durant ces services intérimaires soit des conférences au lit du malade, soit des leçons cliniques à l'amphithéâtre.

Rappelé à l'agrégation en 1857 par le Ministre de l'instruction publique, sur la proposition du doyen, M. le professeur Bérard, j'ai été pendant six ans spécialement attaché à la chaire d'anatomie pathologique, et, dans cet intervalle, j'ai remplacé pendant trois semestres M. le professeur Cruveilhier, en faisant servir à mes leçons

de grandes planches schématiques ou d'après nature, dessinées et coloriées par moi, et représentant les altérations du corps humain.

Depuis 1835 jusqu'en 1840, je n'ai cessé de faire des *cours particuliers de pathologie interne*, des *cours théoriques et pratiques d'auscultation* et des *cours de diagnostic médical* suivis de conférences cliniques au lit des malades.

De 1837 à 1850, j'ai fait presque sans interruption des *cours* et des *démonstrations d'anatomie pathologique*. Dans cet enseignement, le plus souvent improvisé, je ne me suis pas borné à donner des altérations morbides une description plus ou moins exacte ; mais je me suis attaché à déterminer les conditions qui président au développement des lésions organiques, à faire connaître les modifications qu'elles subissent et les influences qu'elles exercent sur le reste de l'économie, et surtout à découvrir les procédés de la nature pour en opérer la guérison, afin de tirer de cette étude des déductions pratiques pour le diagnostic et le traitement.

Enfin, pendant toute ma carrière dans les hôpitaux, je n'ai cessé de faire soit à l'amphithéâtre, soit au lit des malades, des leçons théoriques et des conférences pratiques dans lesquelles je me suis efforcé d'enseigner et de vulgariser la science de l'auscultation, science toute française créée par le génie de Laennec et qui constitue, dans l'histoire de la médecine, la plus belle, la plus utile des découvertes modernes.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

Les premières années qui ont suivi mon entrée dans les hôpitaux ont été occupées à traduire ou analyser pour les archives générales de médecine les articles les plus intéressants des journaux de médecine allemands, et à recueillir les faits les plus curieux qui se présentaient à mon observation.

La plupart de ces observations suivies de relevés statistiques, ont

été adressées à l'administration des hôpitaux comme travaux manuscrits pour le concours de l'internat de 1835. Quelques-unes ont été publiées.

Fracture du col du fémur avec déplacement du fragment inférieur sur la branche horizontale du pubis, simulant une luxation en haut et en avant. (*Gazette médicale*, 1832.)

Observation rare, dont le titre donne une notion suffisante, suivie de réflexions sur les causes et le mécanisme de ce déplacement insolite, et sur le diagnostic et le pronostic de cette lésion comparativement à la luxation du fémur.

Traité pratique d'auscultation, ou Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie; 1re édition, 1841. — 8e édition, 1874.

Cet ouvrage, publié avec mon collègue et ami M. Roger, n'est point une œuvre de compilation rapidement élaborée.

Huit années passées dans les hôpitaux, sous des maîtres tels que MM. Louis et Chomel, ont été mises à profit pour en recueillir les matériaux, et c'est après avoir nombre de fois exposé les principes de l'auscultation dans des leçons orales, après en avoir longtemps enseigné l'application au lit du malade, que j'ai entrepris la publication de ce livre avec mon collègue, également versé dans la science de la stéthoscopie. Animés du même zèle et d'une parfaite conformité d'opinion, nous avons uni nos efforts, en associant les connaissances spéciales que donnait à mon collaborateur une grande habitude des maladies de l'enfance, à l'expérience que j'ai pu acquérir dans l'étude des maladies de la vieillesse.

Quoique d'un volume peu considérable (700 pages), ce livre renferme la substance de longues recherches, de travaux lentement amassés et qui auraient fourni matière à de nombreux mémoires. Je citerai notamment le chapitre de l'auscultation du larynx et celui du tintement métallique, l'exposé des phénomènes stéthoscopiques

fournis par le cœur à l'état physiologique et morbide, l'article sur l'auscultation de l'aorte, etc.

Au lieu de publier tous ces faits isolément, nous les avons fondus avec ce que nous ont appris la tradition et l'analyse de tous les travaux modernes, pour en faire un corps d'ouvrage où nous avons tâché d'associer l'ordre dans l'exposition à la concision des détails et à la clarté du langage (1).

Le succès a répondu à nos efforts : traduit dès son apparition, en anglais, en allemand et en italien, le *Traité d'auscultation* est arrivé, en peu d'années, à sa huitième édition, et a été adopté par le Conseil de l'instruction publique pour les Facultés et les Écoles préparatoires de médecine.

Dictionnaire de médecine. M. Chomel a bien voulu (tome XXV, p. 8), mentionner ma collaboration à ce recueil scientifique. Je dois à la bienveillance de mon illustre maître l'honneur d'avoir concouru à la rédaction des articles *Percussion.* — *Péricarde (Maladies du).* — *Péricardite.* — *Péritoine (Maladies du).* — *Péritonite.* — *Plève (Maladies de la).* — *Pleurésie.* — *Pneumonie.* — *Pneumonie chronique.* — *Pneumatoses.* — *Pneumothorax.* — *Pseudomembranes.* — *Pronostic.* — *Respiration.* — *Tremblement.* — *Ulcération.* — *Utérus (Maladies de l').* — *Métrite.* — *Métropéritonite.* — *Métrite chronique. Hystéralgie* (de 1841 à 1846).

MONOGRAPHIES, MÉMOIRES.

Observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale, suivie de réflexions sur la nature de cette maladie, sur le mécanisme de sa formation, et sur les moyens de transmission du sang dans le bassin et dans les membres inférieurs (2).

Cette observation, peut-être unique dans son espèce, et l'une des

(1) Ce livre relate l'exposé des nombreuses expériences que nous avons faites sur le cadavre, sur les animaux après la mort et pendant la vie, dans le but de déterminer les causes et le mécanisme de production, *A.* du murmure respiratoire vésiculaire, bronchique, caverneux ; *B.* du bruit de frottement pleural ; *C.* des râles bulleux ; *D.* des bruits appelés amphoriques, métalliques ; *E.* des bruits du cœur.

(2) La pièce dont il s'agit a été présentée à l'Académie et est déposée au musée Dupuytren.

plus curieuses parmi les faits d'oblitération accidentelle des grosses artères, est éminemment propre à montrer les remarquables ressources de la nature pour l'entretien de la circulation, par des voies nouvelles, dans les parties situées au-dessous de l'obstacle (*Arch. gén. de méd.*, 1835).

L'observation précédente est devenue, pour l'auteur, l'occasion de nombreuses recherches, suivies de la publication d'un

A. **Mémoire analytique de tous les faits de rétrécissement de l'artère aorte** mentionnés dans les auteurs et publiés jusqu'alors dans les recueils périodiques, principalement en France, en Allemagne et en Angleterre (*Presse médicale*, août 1837).

Le siége de ces rétrécissements, beaucoup plus fréquent au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche que dans tout autre point de l'aorte, semble indiquer que souvent cette disposition anormale remonte à une époque voisine de la naissance, et paraît être, au moins en partie, le résultat de l'extension du travail d'oblitération du canal artériel à l'aorte elle-même.

Ce qui tend à confirmer cette origine, c'est que, dans ces mêmes cas, on a le plus ordinairement constaté un développement remarquable d'artères collatérales, qui atténuent l'obstacle que le rétrécissement oppose au cours naturel du sang.

B. **Histoire synthétique des rétrécissements et oblitérations spontanées de l'aorte** (Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n. 189).

Dans ce travail, fondé sur l'analyse des faits connus jusqu'alors, j'essaye de donner une description succincte de ces altérations morbides, considérées sous le rapport de l'anatomie pathologique, des causes et des symptômes ; de déterminer les signes qui peuvent les révéler pendant la vie, et de rechercher les moyens de traitement les plus rationnels.

Observation de péricardite ancienne avec dépression de la région précordiale (Mémoire de M. Hache sur la péricardite, dans les *Arch. gén. de méd.*, t. IX, p. 180, 1835).

Ce fait tend à démontrer un phénomène qui n'avait pas encore été noté par les observateurs : c'est qu'après les épanchements abondants du péricarde, la région péricordiale peut éprouver un affaissement semblable à celui qu'on observe fréquemment, dans le côté malade, à la suite de pleurésie.

Cette dépression beaucoup plus rare dans le cours de la péricardite, se produit surtout lorsque par l'accumulation du liquide, le poumon gauche se trouvant refoulé latéralement, il s'établit une adhérence entre la face externe du péricarde et la face interne de la paroi thoracique antérieure.

Symptômes graves d'affection du cœur chez un phthisique. — **Amendement subit** et remarquable. — **Communication entre les deux ventricules du cœur** (*Bulletins de la Société anatomique*, 1835, p. 145).

Mémoire sur les cas de fièvre typhoïde traités par les purgatifs, dans le service de M. Louis, à l'hôpital de la Pitié, pendant l'année 1835 (*Presse médicale*, janvier 1837).

Statistique détaillée de 31 observations analysées sous leurs divers points de vue cliniques, et principalement sous le rapport de l'influence de la médication évacuante sur la durée et la terminaison de la maladie.

Résumé clinique et statistique de cent vingt-cinq cas de pneumonie observés en 1838 et 1839, dans le service de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu (fréquemment cité par M. Sestier, dans *Leçons cliniques de M. le professeur Chomel, sur la pneumonie*).

Des hémorrhagies essentielles (thèse de concours pour l'agrégation, 1838).

Cette dissertation a pour but de déterminer la ligne de démarcation entre les hémorrhagies dites *symptomatiques* et qui se lient à

une altération préalable locale ou générale de l'économie, et les hémorrhagies dites *essentielles*, et que, dans l'état actuel de la science, on ne peut rattacher à aucune lésion préexistante soit des vaisseaux, soit des organes, soit du sang lui-même. Autant les premières sont fréquentes, autant les secondes sont rares dans la science. Prenant pour base de mon travail l'analyse raisonnée de tous les faits de ce genre que j'ai pu réunir, je me suis attaché à déterminer plus positivement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors la fréquence relative de ces hémorrhagies dans telle ou telle partie de l'économie, leurs caractères anatomiques, le mécanisme de leur production, les causes qui les provoquent, l'influence de l'hérédité, l'âge où elles se montrent le plus souvent, le lieu où elles apparaissent de préférence aux différentes époques de la vie, les symptômes qui les caractérisent, et les médications particulières qu'elles réclament.

Mémoire clinique sur quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire; valeur séméiologique de ce phénomène, et conséquences pratiques qui en découlent pour l'opération de la trachéotomie (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1838).

Ce travail démontre ce fait (inconnu alors et aujourd'hui généralement admis dans la science), que le murmure respiratoire vésiculaire peut être diminué ou aboli dans la poitrine par toute lésion capable de rétrécir le calibre interne de la partie supérieure des voies aériennes, soit en obstruant sa cavité, soit en bouchant son orifice supérieur.

La connaissance de ce fait est éminemment utile pour le diagnostic et le traitement de certaines affections de l'appareil respiratoire : d'une part, il empêchera d'attribuer à un emphysème pulmonaire général un affaiblissement considérable de la respiration, dû à certaines lésions du larynx qui ne se révèlent ni à la vue, ni au toucher, et de laisser périr des malades que la trachéotomie pouvait sauver ; d'autre part, il ne laissera point confondre une suffocation spasmodique avec un œdème ou autre obstacle matériel, et empêchera de

pratiquer inutilement (comme cela est arrivé) une opération toujours grave.

Corollaires : à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes, on en déterminerait la position soit dans la trachée, soit dans l'une ou l'autre bronche, selon que la respiration serait affaiblie des deux côtés de la poitrine, ou bien à droite ou à gauche seulement, détermination importante pour l'opportunité de la trachéotomie et le choix du lieu. De même, dans les cas de croup, l'affaiblissement du murmure vésiculaire dans les deux côtés au même degré, ou son abolition dans une partie de l'un des deux poumons, indiqueraient si les fausses membranes sont bornées au larynx ou étendues jusqu'aux bronches, et décideraient de l'à-propos ou de l'inopportunité de la trachéotomie.

Le degré de la diminution du murmure respiratoire peut donner la mesure de l'obstacle, notion également très-importante pour le pronostic et les indications thérapeutiques. En effet, dans certains cas, graves en apparence, comme une angine pseudomembraneuse, la conservation plus ou moins complète du murmure respiratoire indiquera que le danger n'est point actuellement extrême, et l'espoir d'une heureuse terminaison sera permis tant que ce murmure conservera de la force.

Au contraire, la diminution plus ou moins notable du bruit vésiculaire, en donnant la mesure du danger, sera une indication de plus pour l'énergie des moyens à mettre en usage ; et son abolition progressive, avertissant de l'imminence toujours croissante de la suffocation, suffira quelquefois pour indiquer la nécessité de la trachéotomie.

Comme faits particuliers intéressants, ce mémoire renferme : 1° un cas très-rare, et peut-être unique dans la science, d'une altération du ligament thyro-aryténoïdien, renflé à sa partie moyenne et converti en une tumeur fusiforme, dense, homogène, qui bouchait à peu près complétement l'ouverture de la glotte :

2° Un exemple remarquable de trachéotomie pratiquée avec

succès, pour un cas de végétation syphilitique du larynx, sur un homme de quarante-neuf ans, chez lequel la liberté des voies de l'air n'ayant pu être complétement rétablie, l'ouverture artificielle du larynx fut conservée, et qui, portant sa canule bouchée sous sa cravate, fut ainsi à l'abri de nouvelles crises de suffocation.

Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes (*Arch. gén. de méd.*, juin 1839).

Ce travail tend à démontrer la rareté des ulcérations simples comparativement aux ulcérations syphilitiques, qui ne sont qu'une des manifestations variées de la syphilis constitutionnelle, et aux ulcérations tuberculeuses qui se lient à la phthisie et coïncident, dans l'immense majorité des cas, avec la présence de tubercules plus ou moins avancés dans les poumons (1).

Le seul fait d'ulcération de la trachée-artère que j'aie trouvé sans traces concomitantes de tubercules ou de syphilis a été rencontré chez un sujet mort après avoir présenté des phénomènes typhoïdes, et dont l'intestin offrait d'assez nombreuses ulcérations des plaques de Peyer, accompagnées d'une augmentation de volume de la rate et des ganglions mésentériques.

L'étude attentive de tous les caractères anatomiques de ces diverses altérations conduit à ces conséquences pratiques, que les ulcérations syphilitiques ont généralement, dans le tube laryngo-trachéal, un siége plus élevé que les ulcérations tuberculeuses ; que ces dernières s'élèvent très-rarement assez haut pour être à portée de la vue, tandis que les premières sont très-fréquemment accompagnées d'ulcères visibles au fond de la gorge, ce qui devient alors un excellent signe diagnostique.

De l'analyse raisonnée des divers symptômes, qui révèlent la pré-

(1) Des recherches plus récentes démontrent qu'à ces trois principales espèces d'ulcérations, il faut ajouter quelques exemples de larges destructions ulcéreuses de la trachée-artère dépendantes de l'infection farcineuse.

sence de ces ulcérations dans les voies aériennes, on peut conclure qu'indépendamment des signes fournis par le siége variable de la douleur, la difficulté de la déglutition et le retour des boissons par le nez indiquent qu'elles occupent l'épiglotte ou le rebord supérieur du larynx ; l'altération progressive de la voix annonce qu'elles occupent la surface interne du tube aérien ; la raucité prononcée fait penser qu'elles siégent sur les cordes vocales ou au niveau des ventricules ; l'extinction complète de la voix dénote que les cordes vocales sont toutes deux profondément ulcérées ou que les cartilages aryténoïdes sont plus ou moins détruits ; enfin une grande dyspnée avec sifflement prononcé de la respiration fait reconnaître l'existence simultanée d'un gonflement de tissus avec rétrécissement du larynx.

Ce mémoire et celui que j'ai cité plus haut renferment plusieurs observations qui prouvent l'innocuité relative des ulcérations syphilitiques, comparativement à la gravité des ulcéres tuberculeux. Les premières se cicatrisent avec facilité, même après les destructions les plus considérables, et ne deviennent dangereuses que lorsqu'elles donnent lieu à des végétations qui bouchent la lumière du larynx ou qu'elles se compliquent d'un œdème sous-muqueux ; tandis que les seconds, sans être exempts de ces deux espèces de complications, ne se cicatrisent presque jamais, et contribuent, avec les progrès de la phthisie pulmonaire concomitante, à hâter le terme de la vie.

Plusieurs faits, consignés dans les deux mémoires précédents, démontrent ce point d'anatomie pathologique, à savoir que les cartilages du larynx peuvent s'ossifier, comme tous les cartilages revêtus d'une membrane vascularisée, et sont ensuite susceptibles de se nécroser, comme le tissu osseux lui-même ; et l'observation 2 démontre que des fragments ainsi mortifiés peuvent se détacher complétement des parties vivantes.

Des malformations de la matrice.— Cas remarquable de **duplicité de l'utérus et du vagin**, chez une jeune fille de seize ans, morte des suites de la scarlatine (*Bulletins de la Société anatomique*, 1841, p. 46).

La pièce anatomique, parfaitement conservée et déposée au musée Dupuytren, est assurément l'une des plus remarquables qui existent dans ce genre d'anomalie des organes génitaux.

Le vagin est divisé, dans toute sa longueur, en deux parties latérales, par une cloison membraneuse qui donne lieu à la formation de deux canaux distincts, dans chacun desquels vient s'ouvrir un col utérin. La matrice est bilobée et représente deux corps utérins séparés, piriformes, de volume égal, écartés l'un de l'autre par leur fond, et se réunissant par la partie la plus antérieure de leurs cols, qui sont juxtaposés sur une longueur de quelques lignes.

Chacune de ces deux moitiés utérines est pourvue d'une trompe bien conformée, d'un seul ovaire de volume habituel, et d'un ligament rond qui a sa disposition ordinaire.

La description très-détaillée de cette singulière conformation est suivie d'un aperçu rapide sur la série de diverses espèces de déviations organiques consistant dans la division du système utérin, depuis la plus simple trace de division à l'extérieur ou à l'intérieur de la matrice, jusqu'à la séparation complète de l'appareil génital en deux moitiés parfaitement distinctes.

Indépendamment de l'intérêt qui se rattache à ces anomalies sous le point de vue de l'histoire naturelle, elle sont d'une grande importance sous le rapport des accouchements et de la médecine légale.

On conçoit, dans des cas semblables, la possibilité d'une superfétation ; le nôtre réunissait toutes les conditions capables de la favoriser.

On comprend aussi les erreurs qui pourraient être commises lorsque, par exemple, dans le cours d'une grossesse réelle d'un côté, le doigt porté sur le col correspondant au côté vide n'y trouverait point les changements que cette partie éprouve pendant la gestation ; et, jusqu'au moment de l'accouchement, deux touchers, pratiqués l'un après l'autre, pourraient donner des résultats très différents et inexplicables, si la division du vagin n'avait été reconnue.

Auscultation (*Deuxième édition du Traité d'*) revue et considérablement augmentée; chapitre entièrement neuf sur l'auscultation de l'aorte.— Cette édition est suivie d'un **Précis de percussion** : mode d'examen qui concourt puissamment à contrôler, à confirmer ou à compléter les résultats de l'auscultation pour le diagnostic des maladies (septembre 1844).

Observation d'un cas d'épispadias, ou division congénitale de l'urèthre dans tout son trajet sur la face antérieure, suivie de remarques concernant l'influence de ce vice de conformation sur les fonctions urinaires et génératrices, de même que sur l'état physique et moral du sujet (observation communiquée à l'Académie de médecine et insérée dans ses bulletins, 1845).

Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères (*Arch. gén. de méd.*. 1841 ; 2e édit., 1846).

Mettant à profit un séjour de six semaines en Provence, j'ai rassemblé sur les lieux mêmes les documents qui font la base de ce travail.

Par l'étude de la position topographique d'Hyères, par l'examen de la constitution géologique du sol, par l'analyse de nombreuses observations météorologiques sur la température, sur les variations barométriques et l'état du ciel, par un aperçu de quelques espèces entomologiques de cette contrée, joint à un exposé très-détaillé de la flore du pays, j'ai tâché de déterminer la valeur du climat d'Hyères et l'influence qu'il peut exercer sur un grand nombre de maladies.

Observation rare de fièvre purulente grave, avec pustules cutanées et tumeurs phlegmoneuses, développée chez un jeune homme de 24 ans, sans aucune trace d'inoculation virulente ou putride (*Bulletins de la Société médicale d'émulation*, 1848).

Recherches anatomiques sur l'hydrocéphalie, à propos d'une observation de tumeur fluctuante de l'encéphale, présentée à la Société médicale d'émulation (*ibid*, 1849).

Dans ce travail, j'essaie de déterminer le véritable siége des hydropisies de l'encéphale, et je me fonde sur l'analyse d'un très-grand

nombre d'autopsies dans lesquelles ce point a été soigneusement étudié, pour conclure que, contrairement à l'opinion généralement admise, les épanchements séreux de la tête ont rarement leur siége dans la grande cavité de l'arachnoïde; que, le plus souvent, les accumulations de sérosité, dépendant d'un état morbide, se font dans la pie-mère et dans les cavités ventriculaires; et que les épanchements considérables qui constituent plus particulièrement l'hydrocéphale ont leur siége le plus habituel dans les ventricules cérébraux, dont les parois supérieures et latérales sont distendues et parfois réduites à une membrane tellement mince, qu'elle pourrait être facilement méconnue.

Sur 18 observations d'hydrocéphales extraites de divers auteurs, l'une est trop vaguement décrite pour pouvoir être convenablement appréciée; dans 13 cas, le liquide était évidemment accumulé dans les ventricules, plus ou moins distendus ; dans 2 autres observations ce siége était probable; enfin, dans 2 cas seulement, la collection de sérosité avait lieu entre le cerveau et le crâne, et dans l'un et l'autre, on retrouvait à peine les traces de l'encéphale.

Ces faits démontrent que, dans la grande majorité des cas, l'hydrocéphalie a son siége dans les ventricules cérébraux, et qu'elle ne se forme en dehors du cerveau que lorsque le cerveau lui-même n'existe pas. D'où il suit qu'une tumeur fluctuante faisant hernie à la périphérie du crâne est très-probablement constituée par une portion des parois ventriculaires distendues, et qu'une semblable tumeur ne pourrait être enlevée sans léser une portion du cerveau lui-même.

Observation de catalepsie, ou histoire détaillée d'un cas de ce genre d'affection survenu dans l'état de santé, avec suspension complète de l'intelligence, des sens, de la sensibilité générale et du mouvement des deux côtés, avec souplesse du tronc et des membres, qui conservent toutes les positions qu'on leur donne (*Union médicale*, 1849),

Histoire médicale du choléra-morbus épidémique observé à l'hospice de la Salpêtrière, en 1849 (*Arch. gén. de méd.*, 1849).

Après un aperçu rapide sur la marche et les effets de l'épidémie à la Salpêtrière, j'expose dans ce mémoire l'analyse de 230 cas, admis dans mon service pendant l'espace de six semaines. Je m'appuie sur les faits observés pour tâcher de déterminer la nature de la maladie et pour en déduire le traitement le plus rationnel, et je donne ensuite les résultats comparatifs obtenus par l'emploi de divers agents thérapeutiques, tels que le *stachis anatolica*, le *haschisch*, le *sel marin*, et notamment par l'usage interne du *nitrate d'argent*, que j'ai le premier employé dans cette maladie, et dont l'administration a été suivie de résultats dignes d'attention.

De quelques phénomènes rares d'auscultation; Mémoire démontrant l'influence de certaines maladies de la plèvre sur la nature des bruits du cœur et sur la production de bruits anormaux qui accompagnent les mouvements de ce viscère. Cas remarquable de pleurésie purulente, avec perforation du poumon et pneumothorax donnant lieu à un timbre métallique des bruits du cœur et à un tintement très-prononcé, perceptible à chaque contraction ventriculaire (*Union médicale*, janvier 1850).

Corps fibreux de l'utérus. — Ces tumeurs se développant toujours dans le tissu utérin, il s'en suit que l'enlèvement des polypes de ce genre, faisant saillie hors de la cavité utérine, ne peut se faire sans danger par la torsion, et qu'il est nécessaire de faire préalablement sur le pédicule la section circulaire de la couche de tissu utérin qui l'enveloppe. — Exemple d'un très-gros corps fibreux, dont l'ablation par ce procédé a été suivie de guérison (*Bulletins de la Société médicale d'émulation*, 1850).

Troisième édition du **Traité d'auscultation**, revue et complétée par les faits particuliers qui nous ont été fournis par l'étude attentive des malades (1850).

Pellagre.— Cas remarquable de cette maladie avec ulcérations caractéristiques de l'intestin.

Les cas de pellagre observés dans le centre de la France sont très-rares, et il n'en a été publié jusqu'à ce jour qu'un très-petit nombre de relations particulières.

Les caractères anatomiques de cette maladie sont en général très-

vaguement déterminés : « Les recherches nécroscopiques auxquelles on s'est livré dans quelques cas sont très-éloignés d'offrir le caractère de précision et d'exactitude que la science exige aujourd'hui (1) ; » et « l'étude de la pellagre du midi de la France, ajoute M. Roussel, est tout entière à faire au point de vue de l'anatomie pathologique (2). » — Dans notre observation, les lésions cadavériques, très-remarquables, à la surface interne de l'intestin, ont été minutieusement décrites, et la maladie a été étudiée avec le plus grand soin sous le rapport de ses symptômes et des circonstances diverses qui ont pu concourir à son développement (*Bulletins de la Société d'émulation*, 1852. — Un extrait de l'observation est consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 349).

Observation de thoracentèse pour un cas de pleurésie chronique. — Évacuation de cinq litres et demi de sérosité (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1852).

Observation rare d'un cas de dilatation considérable des bronches dans toute l'étendue du poumon gauche, avec refoulement et atrophie du parenchyme pulmonaire, à tel point que le poumon entier ne présentait plus que le tiers de son volume ordinaire (*Ibid*, 1852).

Observation d'ascite communiquant avec la tunique vaginale considérablement distendue. — Ponction par le scrotum. — Reproduction du liquide. — Affection fébrile intercurrente. — Diminution de l'épanchement. — Guérison (*Ibid*, 1852).

Abcès multiples observés **dans le cours de la fièvre typhoïde** (*Bulletins de la Société anatomique*, 1853, p. 89).

Observation de variole hémorrhagique grave, avec **hématurie :** épanchement sanguin sous la membrane interne du bassinet (Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 345, et *Bulletins de la Société anatomique*, 1853, p. 150).

Mémoire sur la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la variole (*Gazette hebdomadaire*, n. 1, 7 octobre 1853).

(1) *De Alfaro*, dans T. Roussel (*De la Pellagre*), p. 105; Paris, 1845.

(2) *Ibid*, p. 111.

Dans ce mémoire, je me suis attaché à réfuter par l'observation clinique la malencontreuse doctrine produite dans ces dernières années et tendant à révoquer en doute les bienfaits de la vaccine. — M. Carnot, trouvant dans ses recherches statistiques, un accroissement notable de la mortalité de la jeunesse, depuis le commencement de ce siècle, en attribue la cause à une augmentation correspondante de diverses affections gastro-intestinales qui seraient devenues plus nombreuses et plus meurtrières depuis l'introduction de la vaccine.

Adoptant ces idées, plusieurs médecins attribuent formellement cette progression de la mortalité de la jeunesse à l'influence de la fièvre typhoïde, qui aurait pris la place de la variole, et la fièvre typhoïde ne serait, selon eux, qu'une *variole interne* qui reprendrait, après la puberté, la part de victimes soustraites dans l'enfance par la vaccine aux ravages de la petite vérole.

Cette opinion que repoussent les enseignements de l'anatomie pathologique, ne peut subsister devant le témoignage des faits qui montrent les deux maladies se succédant l'une à l'autre chez le même individu, sans que ni l'une ni l'autre puisse être considérée comme un moyen de préservation de quelque valeur.

Note sur les caractères et la valeur séméiologique des **bruits du cœur perçus à distance** (*Moniteur des hôpitaux*, 1854, n. 65).

Quatrième édition du **Traité d'auscultation** toujours revue avec un soin minutieux pour maintenir le livre au courant de la science (1854).

Études anatomo-pathologiques sur le mécanisme de la guérison des affections calculeuses du foie: conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des concrétions biliaires (*Gazette hebdomadaire*, 10 mars 1854).

Dans ce mémoire, déduit de nombreuses observations qui toutes me sont propres, j'établis que les calculs de la bile peuvent être ÉLIMINÉS ou SÉQUESTRÉS de telle sorte que leur séjour dans le sein de l'économie cesse d'être nuisible.

L'élimination peut se faire par les *voies naturelles* ou par des *voies accidentelles et pathologiques*.

Formés le plus ordinairement dans la vésicule, les calculs, en raison de leur légèreté spécifique, surnagent sur la bile et tendent à s'engager dans le canal cystique. Une autre cause qui les pousse dans l'ouverture de ce conduit et les fait cheminer dans son trajet, réside dans l'action d'un plan musculeux dont la vésicule est pourvue, et qui, à peine appréciable dans l'état normal, devient très-apparent dans certains états pathologiques. A leur arrivée dans le canal cholédoque, la bile, accumulée derrière eux, distend les parois de ce conduit, ce qui leur permet de progresser insensiblement, poussés par la force que l'on désigne sous le nom de *vis à tergo*, et ils franchissent enfin l'orifice duodénal.

Le temps que le calcul met à parcourir les voies de la bile diffère selon, 1° la longueur des canaux cystique et cholédoque, qui sont loin d'avoir toujours la même étendue ; 2° la configuration des calculs, qui, tantôt sphéroïdes, retiennent complétement la bile, tantôt anguleux et à facettes, peuvent laisser passer une quantité plus ou moins considérable de ce liquide entre eux et les parois des canaux ; 3° enfin, selon le volume plus ou moins considérable des concrétions biliaires.

A ce dernier point de vue, j'ai établi, par des pièces déposées au musée Dupuytren, que des calculs du volume d'une olive peuvent franchir les voies naturelles, grâce à la dilatabilité considérable des conduits, qui acquièrent quelquefois le volume de l'intestin grêle.

Outre cette élasticité remarquable des canaux, il est encore d'autres causes capables de faciliter l'expulsion des calculs trop gros pour s'engager dans les voies normales ; c'est d'abord l'*usure* des concrétions par leur frottement les unes sur les autres, usure qui peut réduire d'un tiers leur volume primitif ; c'est encore le *fractionnement* des calculs dans l'intérieur même des voies biliaires. Ce fait très-intéressant, et que personne n'avait signalé jusqu'à ce jour, je l'ai

établi positivement par des observations dans lesquelles j'ai trouvé des fragments de calcul sphéroïde, les uns renfermés encore dans la vésicule, les autres déjà parvenus dans le canal cholédoque, peuve évidente que leur élimination était en voie de s'accomplir

L'élimination par des *voies accidentelles* peut se faire dans le tube digestif ou sur les parois abdominales. Dans le premier cas la perforation s'établit en trois points différents, savoir : la région pylorique de l'estomac, le commencement du duodénum et la partie droite du côlon transverse. On conçoit la différence qui en résulte pour l'accomplissement des fonctions digestives : dans la perforation duodénale, la bile peut remplir ses usages comme si elle affluait par les voies naturelles, tandis que dans les cas de perforation dans l'estomac ou le côlon, la bile, rejetée par les vomissements ou par les selles, est enlevée au travail de la digestion intestinale jusqu'à ce que l'orifice de communication vienne à s'oblitérer.

Quand l'expulsion se fait sur les parois abdominales, tantôt il s'établit une fistule biliaire permanente; d'autres fois, l'ouverture se ferme rapidement après l'évacuation des calculs et d'une certaine quantité de bile altérée. Ce phénomène remarquable trouve son explication dans ce fait, que tantôt la perforation est directe et immédiate, tandis que dans d'autres cas la perforation est médiate et indirecte, c'est-à-dire que le calcul est d'abord rejeté hors de la vésicule dans un foyer circonscrit qui cesse de communiquer avec le réservoir de la bile ; et la concrétion est alors éliminée à l'extérieur consécutivement, sans qu'il en résulte une fistule biliaire permanente.

Au lieu d'être éliminés, les calculs peuvent être *séquestrés* au sein des parties vivantes ; dans ce cas, tantôt ils traversent les parois de la vésicule et se trouvent *enkystés* dans une poche de nouvelle formation derrière laquelle le réservoir du fiel se referme complétement ; — tantôt ils sont *encloisonnés* dans les parois de la vésicule ; — tantôt, enfin, la concrétion est *enchatonnée* dans la cavité même de cette poche qui se trouve ainsi partagée en deux portions dont

celle du fond renferme le calcul étroitement embrassé, et dont l'autre continue à servir de réservoir à la bile.

On conçoit aisément les conséquences pratiques qui découlent de ces recherches d'anatomie et de physiologie pathologique : la connaissance des voies nombreuses et variées par lesquelles peut s'accomplir la guérison de l'affection calculeuse du foie, révèle les espérances que l'on est en droit de conserver dans les cas en apparence les plus graves, et fait entrevoir toutes les ressources que l'art peut trouver en s'attachant à imiter les procédés de la nature, à la seconder dans ses efforts salutaires.

Ces recherches démontrent rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont l'emploi est fondé sur l'étude de la formation des calculs biliaires, de leur composition chimique et de leur solubilité dans divers réactifs ; tels sont principalement la diète végétale, les boissons délayantes prises en abondance, les laxatifs, les boissons alcalines, les bains de même nature, les pilules savonneuses, l'usage de l'éther à l'intérieur et en frictions, les onctions de belladone ; et l'on est en droit de se fonder sur la fragmentation possible des calculs dans les voies de la bile, pour recommander l'emploi du massage de la région du foie et des douches sur l'hypochondre droit, comme pouvant concourir avantageusement avec les moyens précités au traitement curatif des calculs biliaires.

Observation rare d'oblitération complète de la veine cave supérieure, dont le début remontait à huit ou dix années avant la mort (*Bulletins de l'Académie impériale de Médecine*, 1854).

C'est principalement par la veine azygos dilatée que le sang, revenant de la tête et des membres supérieurs, était versé dans la veine cave inférieure et ramené ensuite dans les cavités droites du cœur.

Cancer du larynx. — Difficulté du diagnostic. Utilité des renseignements fournis par l'auscultation pour l'opération de la trachéotomie (*Bulletins de la Société médicale d'émulation*, 1854).

Du retentissement des phénomènes pathologiques de la respiration et de la voix, du côté malade de la poitrine dans le côté sain.

Plusieurs exemples démontrent ce fait important que certains bruits anormaux, produits dans le voisinage de la racine des bronches, peuvent être propagés dans la région correspondante du poumon opposé (*ibid.*, 1854).

Des différentes espèces de cancers. — De leurs éléments constitutifs ; de leurs caractères cliniques et de leur gravité relative ; discussion académique. — (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, 1855.)

Des kystes de l'ovaire. — De leur curabilité. — Nouveau procédé ayant pour but de les fixer à la paroi abdominale, d'y faire des injections et d'en extraire le contenu sans danger d'épanchement dans le péritoine. (*Bulletins de l'Académie*, 1856.)

Recherches sur la dilatation des bronches. — Dans ce mémoire, fruit de vingt années de travail et rédigé d'après un grand nombre de faits recueillis par moi dans les hôpitaux et dans ma pratique particulière, j'ai décrit avec soin les dilatations des rameaux bronchiques, et indiqué les caractères anatomiques qui permettent de distinguer ces cavités morbides des cavernes ulcéreuses du poumon ; après avoir soigneusement déterminé, d'après l'analyse de faits nombreux, le siége habituel des dilatations, j'en ai recherché les causes, étudié les symptômes ; puis j'ai tâché de donner les signes caractéristiques qui distinguent cette lésion, généralement sans gravité, de la phthisie pulmonaire ulcéreuse le plus souvent mortelle : la treizième observation donne l'exemple frappant d'un malade qui, en 1852, paraissait n'avoir que quelques mois à vivre, que j'ai pu rassurer complétement, et qui, en 1866, jouissait encore d'une santé satisfaisante. (*Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III, 150 pages, in-8, 1856.)

Antérieurement au mémoire précité et depuis son insertion dans les mémoires de la Société médicale d'observation, j'ai communiqué à cette Société un grand nombre d'observations intéressantes dont quelques-unes seulement ont été publiées dans le recueil de ses travaux de 1857 à 1863, notamment les suivantes :

Rétrécissement considérable de l'aorte thoracique au niveau de l'insertion du canal artériel, chez un homme de trente-deux ans, mort d'apoplexie pulmonaire et d'œdème sous-muqueux du larynx. — Cette observation confirme les considérations émises page 8 sur l'influence qu'exerce l'oblitération du canal artériel dans la production des coarctations de l'aorte.

Ictère chronique avec hypertrophie considérable du foie et de la rate, coïncidant avec un état de gaîté d'esprit et une activité corporelle qu'on rencontre rarement, même dans l'état de santé.

Hydatide du foie. — Augmentation énorme du volume du foie. Kyste unique dans le côté droit ; vésicule acéphalocystique *solitaire* ayant la dimension d'une tête d'enfant.

Rage (observation curieuse de) développée cinq mois après une morsure de chien ; chez ce malade j'ai constaté un symptôme non encore indiqué, *l'horreur de l'agitation de l'air*, précédant le développement des crises convulsives.

Cinquième édition du **Traité d'auscultation.** — Toujours soigneusement revue et tenue au courant de la science (1860).

Des altérations des orifices cardiaques, et des signes d'auscultation auxquels ces lésions se reconnaissent pendant la vie ; discussion académique. (*Bulletins de l'Académie,* 1864.)

Des conditions anatomiques de la cavité pectorale dans le cas d'épanchements considérables de la plèvre ; nécessité de ces notions pour le choix du lieu où doit être faite la ponction de la poi-

trine; procédé nouveau pour injecter des liquides détersifs et vider chaque jour le pus sans danger d'introduction de l'air. Exemple remarquable de guérison parfaite après trois ponctions successives. (*Bulletin de l'Académie*, 1864.)

Sixième édition du **Traité d'auscultation**; revue et abrégée par un exposé plus succinct des théories des bruits du cœur, mentionnant les récentes expériences pratiquées sur les grands animaux par MM. Chauveau et Marey, et complétée par toutes les découvertes de faits d'auscultation (1865).

Leçons sur le choléra faites à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1865. (*Gazette hebdomadaire.*)

Dès cette époque j'insistais sur ce fait que le principe morbide du choléra engendré dans l'organisme humain, se déplace avec les hommes en se régénérant dans ses victimes.

De la prétendue pneumonie caséeuse. — Réfutation de la théorie erronée de l'École allemande qui prétend voir une affection inflammatoire du tissu pulmonaire dans le dépôt en masse de la matière tuberculeuse qui constitue la forme la plus commune de la phthisie du poumon, et veut n'admettre comme vrais tubercules que les granulations miliaires qui constituent une autre forme de la phthisie pulmonaire. Revendication pour l'École française de cette vérité que la tuberculose est une affection diathésique, unique dans son essence, variable dans ses manifestations de forme et de siége; maladie qui atteint plus particulièrement les organismes éprouvés par un concours de causes débilitantes (croissance rapide, air vicié, insuffisance d'alimentation), favorisée dans son évolution par des conditions d'hérédité et (ce qu'une longue pratique permet seule de constater) se présentant chez différents membres d'une même famille, le plus fréquemment dans le poumon sous les deux formes de tubercules en masse et de tubercules miliaires, tantôt isolées, tantôt réunies (*phthisie pulmonaire chronique — phthisie à marche rapide, suraiguë*);

se manifestant, plus rarement, chez d'autres dans les ganglions bronchiques *(phthisie bronchique)*, dans le larynx *(phthisie laryngée)*, dans les glandes mésentériques, surtout dans l'enfance *(carreau)*; affectant chez d'autres le péritoine, principalement dans le jeune âge *(péritonite tuberculeuse)*, l'intestin, dans l'âge adulte, *(phthisie intestinale)*, ou se développant dans les testicules, les glandes lymphatiques, les reins, les trompes utérines, les os, — formes diverses de siége et d'aspect qui souvent se développent simultanément ou se succèdent chez un même individu. *(Bulletin de l'Académie de Medecine*, 1868).

Septième édition du **Traité d'auscultation.** — Augmentée d'un chapitre nouveau sur les bruits déterminés par les battements du cœur dans les organes circonvoisins, (1870.)

Mémoire sur la **rupture spontanée du cœur.** — Il résulte de l'examen attentif des faits que la rupture du cœur a son siége, à peu près dans tous les cas, sur le ventricule gauche (il en était ainsi dans 24 observations que nous avons analysées). Les causes prédisposantes, sont le grand âge, l'obésité. Les conditions anatomiques qui les favorisent sont l'état graisseux du cœur qui affaiblit la résistance de ses parois, les altérations artérielles qui facilitent la rupture des capillaires et les hémorrhagies interstici elles dans le tissu musculaire.

Nos recherches nous ont conduit à ce résultat que, si la rupture du cœur est souvent complète d'emblée, elle se fait dans un tiers des cas peut-être, par fractions successives qui se révèlent par une syncope inopinée, une angoisse profonde, une anxiété précordiale extrême et surtout par une douleur très-vive à la partie inférieure gauche du sternum. Ainsi donc le drame de la rupture du cœur s'accomplit tantôt en un seul acte, tantôt en plusieurs actes successifs ; mais il se termine toujours d'une manière brusque, le plus souvent foudroyante. *(Archives gén. de Médecine*, janv., fév., mars 1871.)

Du Scherlievo de Fiume. — L'histoire de la médecine fait mention de quelques maladies extraordinaires, propres à certaines localités, de formes généralement hideuses, et dont la nature est mal déterminée. J'ai étudié sur place, une de ces affections étranges, le *Scherlievo* de Fiume en Illyrie. Je l'ai vu sur une quarantaine de malades dans ses phases diverses : ulcères vastes et profonds de la peau, plaies hideuses rongeant la face, larges ulcères de la gorge, tumeurs sous-cutanées, gonflements des os, caries et nécroses, cicatrices difformes succédant à la perte du nez, et à d'autres vastes et profondes destructions de la figure.

Une comparaison attentive de ces altérations diverses m'a conduit à considérer le *Scherlievo* comme une forme de syphilis se transmettant et par voie héréditaire et par contagion des accidents primitifs et secondaires ; syphilis modifiée, multipliée et aggravée dans ses altérations par l'incurie, la misère et le défaut de soins médicaux.

Un traitement rationnel déduit de ces prémisses pourra conduire avec les secours d'une meilleure hygiène, à faire disparaître cette hideuse maladie.

Rapport général sur les épidémies du choléra-morbus de 1854 et 1865. — Ce rapport basé sur l'analyse rigoureuse de plus de 400 mémoires manuscrits adressés à l'Académie de Médecine, trace un tableau fidèle du développement de cette cruelle affection, de ses symptômes, de sa marche, de ses complications et de ses suites. Il étudie avec soin l'étiologie de la maladie ; expose en détail les diverses opinions émises sur la nature du mal et les conditions appréciables de son extension, passe en revue les diverses médications employées et donne les chiffres des guérisons obtenues.

Cette analyse est suivie d'une partie doctrinale ou discussion approfondie, sur le lieu d'origine de ce fléau, sur son mode de propagation jusque dans nos climats. Il conclut en admettant que le choléra-morbus originaire de l'Inde, se propage au loin transporté par l'homme lui-même, en se régénérant dans ses victimes et se multi-

pliant ainsi par transmissions successives, favorisé dans son extension par des causes accidentelles adjuvantes ; et déduit de cette théorie le traitement le plus rationnel de la maladie et les grandes mesures d'hygiène les plus capables d'en restreindre les ravages. (*Mémoires de l'Académie de Médecine* 1873).

Huitième édition du **Traité d'auscultation**, toujours soigneusement revue et augmentée de quelques faits nouveaux tirés de nos observations personnelles, notamment sur les bruits anormaux produits dans le poumon par les pulsations de l'aorte thoracique descendante (1874). — Ces huit éditions, tirées à 2500 chacune, forment un total de 20,000 exemplaires répandus en France, en Europe et en Amérique.

Paralysie du nerf moteur oculaire externe. — Traitement par l'instillation d'une solution de strychnine.

Un cas de diplopie due à la paralysie du nerf moteur oculaire externe, résistant aux collyres, aux frictions belladonées et mercurielles, aux ventouses, aux vésicatoires, aux purgatifs ; j'ai l'idée de laisser tomber une solution de strychnine, de force graduellement croissante, sur le trajet du muscle droit externe de lœil. Dés ce moment le mal s'amende, et, par gradation croissante, aboutit à une guérison complète (*Journal de thérapeutique* 1875).

Discussion à l'Académie *sur les* **conditions de propagation et de transmissibilité du choléra** (*Bulletin de l'Académie* 1875).

Nombreux rapports lus à l'Académie de Médecine sur des mémoires présentés à cette Société savante, et relatifs à la pathologie, l'hygiène et l'anatomie pathologique (1).

Collaboration au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, en cours de publication :

(1) Dans les seules années 1870-71, j'ai lu plus de 60 rapports.

Article Anatomie pathologique. — Dans cet article, j'essaye de déterminer les ressources que fournit l'étude des altérations anatomiques à la science et à la pratique de la médecine, les limites où s'arrêtent les déductions qu'on peut en tirer, les conditions nécessaires pour rendre fructueux l'enseignement de cette branche des connaissances médicales, et les réserves qui sont requises pour lui donner toute sa valeur dans la pratique de l'art.

Articles : bronchite aiguë, — bronchite chronique, — bronchite pseudo-membraneuse.

Article auscultation et tous les détails qui s'y rapportent (ces derniers en collaboration avec M. le Dr H. Roger).

A cette liste, je joins l'exposé d'une série de notes et de communications avec pièces à l'appui, sur divers points d'anatomie pathologique, faites principalement à la Société anatomique dont les *Bulletins* constituent un des répertoires scientifiques les plus riches et les plus variés.

A. *Anomalies.*

Cœur bifide observé chez un homme de 26 ans (*Bulletins de la Société anatomique*, 1853, p. 104).

Diverticulum de la partie supérieure de l'intestin grêle, s'enfonçant comme un doigt de gant dans la tête du pancréas (*Ibid*, 1851, p. 91).

Meckel considérait ces sortes d'appendices comme un vestige de la communication qui, dans l'embryon, existe entre l'intestin et la vésicule ombilicale. — La situation et la disposition du diverticulum précité ne permettent pas de lui attribuer une semblable origine. Ce siége est du reste tout à fait insolite, et le plus ordinairement les diverticulum de l'intestin se rencontrent dans la dernière partie de l'iléon, et flottent dans la cavité abdominale. Ils peuvent devenir cause d'étranglements internes ; des corps étrangers peuvent s'y arrêter, en enflammer le fond, et en traverser les parois. Un ulcère

peut s'y former dans le cours de la fièvre typhoïde, et produire, comme je l'ai vu, une perforation mortelle.

Cœcum pourvu d'un mésentère et flottant dans la cavité péritonéale (*Bulletins de la Société anatomique*, 1846, p. 28).

On comprend que, par suite d'une semblable disposition, le cœcum lui-même puisse aisément s'engager dans des hernies où l'on ne s'attendait pas à le rencontrer.

Conformation anormale du Foie, *dont le lobe gauche n'existait que sous forme d'une languette rudimentaire* (*Ibid*, 1850, p. 152).

On conçoit les incertitudes qu'une semblable disposition pourrait produire dans les résultats de la percussion.

Vice de conformation du ligament suspenseur du foie, présentant une large ouverture triangulaire devenue cause d'un étranglement interne (*Ibid*, 1846, p. 27).

Cette disposition vicieuse, qui me paraît congénitale, a été rencontrée sur un malade mort dans mon service à l'hôpital Beaujon, et qui présentait plusieurs anomalies.

Vésicule biliaire attachée au foie par un repli péritonéal, et flottant librement dans l'abdomen.— Longueur anormale du canal cystique (*Bulletins de la Société anatomique*, 1846, p. 27).

Vice de situation du rein droit, placé sur l'angle sacro-vertébral en dedans du muscle psoas, d'une forme tout à fait insolite, et recevant deux artères de la partie inférieure de l'aorte, et une troisième de l'artère iliaque primitive (*Ibid*, 1840, p. 76).

Par le fait de ce déplacement (dont j'ai vu plusieurs exemples) et par suite de l'altération de sa forme, le rein peut être pris pour une tumeur de l'ovaire, un kyste, un corps fibreux de l'utérus.

Atrophie considérable du rein gauche (*Ibid*, 1851, p. 90).

Quoique n'ayant que quatre centimètres de hauteur sur deux et

demi de largeur, ce rein avait sa forme et sa disposition intime habituelles; sa cavité était libre, et l'artère était petite en proportion de la petitesse du rein. On peut en induire que cette exiguïté de l'organe, chez une femme de soixante ans, était due à un arrêt de développement.

Observation d'**absence du rein droit** (relatée dans Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 768).

Il n'existait de ce côté aucun vestige d'artère ni de veine rénale, aucune trace d'uretère ni d'orifice uretéral dans la vessie.

Le rein, du côté gauche, avait un volume considérable, les capsules surrénales existaient toutes deux et occupaient leur place habituelle.

Soudure des deux reins par une partie intermédiaire située en travers sur la colonne vertébrale (*Bull. de la Société anatomique*, 1850, p. 115).

Dans tous les cas de ce genre, que j'ai rencontrés en assez grand nombre, c'est toujours par leur extrémité inférieure que les deux reins étaient unis ensemble, et toujours il y avait deux uretères distincts.

J'ai cependant rencontré un cas dans lequel les deux reins étaient fondus l'un dans l'autre formant une masse unique située à la place habituelle du rein gauche.

Observation d'**uretère double** (dans Rayer, *Maladies des reins*, t. III, p. 345).

Il n'est pas infiniment rare de voir un rein pourvu de deux ure tères; on conçoit que dans ce cas un calcul pourrait boucher un de ces conduits, sans que l'urine cessât de couler librement dans la vessie.

B. *Lésions morbides*.

Des hémorrhagies interstitielles ou apoplexies parenchymateuses

Rien de plus ordinaire et de mieux connu que l'apoplexie des centres nerveux et des poumons. Mais, à côté de ces lésions bien

étudiées dans leurs phases diverses, j'ai fréquemment rencontre dans mes recherches, exposé à la Société anatomique, et démontré dans mes cours, des hémorrhagies dans plusieurs autres viscères :

1° Dans la rate, où elles constituent des épanchements plus ou moins circonscrits, d'abord rouges, qui plus tard se décolorent et forment des masses d'un blanc jaunâtre, friables, que l'on a longtemps considérées comme de gros tubercules de la rate;

2° Dans les reins, où ces dépôts fibrineux ont donné lieu aux mêmes méprises;

3° Dans le foie, où, en se résorbant, elles sont remplacées par un tissu assez semblable aux corps caverneux (1851, p. 49);

4° Dans les muscles, notamment dans ceux de la paroi abdominale antérieure, qui deviennent consécutivement jaunâtres et friables;

5° Dans les capsules surrénales, dans l'ovaire, dans le placenta, dans l'épaisseur des corps fibreux de la matrice, et au milieu des masses encéphaloïdes, masses où elles forment des dépôts qui ont une fausse apparence de matière tuberculeuse, et ont donné lieu à cette opinion erronée qui les considérait comme des tubercules développés au milieu du cancer.

De l'hypertrophie des parois de certains **canaux** et **viscères creux,** consécutivement à un obstacle au libre cours des fluides qui les traversent (*Ibid*, 1846, p. 158).

Sur la formation des **tumeurs** dites **fibreuses,** avec **hypertrophie des éléments glandulaires de la mamelle** (*Ibid*, 1846, p. 37).

Des tumeurs plastiques.

La partie spontanément coagulable du sang (qui, en se déposant sur les surfaces séreuses, forme les pseudomembranes) peut s'accumuler par masses dans la trame des tissus, et constituer des tumeurs plus ou moins volumineuses, d'un blanc rosé, de médiocre consistance, se laissant écraser, mais ne se réduisant pas en pulpe

homogène, que l'on a souvent prises pour des tumeurs cancéreuses.

J'en ai vu des exemples dans la pie-mère (*ibid.*, 1850, p. 171 et 194), dans les parois du duodénum (1850, p. 110), dans la capsule surrénale, dans l'ovaire (1848, p. 28).

Dans certaines parties du corps, ces masses se condensent, deviennent fermes et résistantes, et méritent alors le nom de *tumeurs fibreuses*.

Outre ces tumeurs, plus ou moins bien limitées, formées de toutes pièces au milieu d'un parenchyme ou d'une trame celluleuse, il est d'*autres tumeurs, fibreuses* aussi, mais non circonscrites, résultant de l'hypertrophie et de l'induration des tissus sous l'influence d'une irritation prolongée. C'est ainsi que l'on voit quelquefois les parois de l'estomac s'épaissir dans le voisinage du pylore, et s'indurer au point de former une tumeur résistante que l'on peut prendre pour un squirrhe, et dans laquelle cependant on ne trouve point les véritables caractères du cancer (voir plus loin, *Maladies de l'estomac*).

Des diverses espèces d'altérations pathologiques désignées sous le nom de **mélanose.**

Sous la dénomination de mélanose ou maladie noire, on réunit et l'on confond des maladies très-différentes : 1° certaines tumeurs sanguines qui, au lieu de se décolorer, prennent un aspect de plus en plus noir ; 2° des dépôts de matière charbonneuse dans les poumons (*ibid.*, 1851, p. 37) ; 3° des accumulations anormales de pigmentum se déposant tantôt sur des parties saines qui en contiennent peu ou point dans l'état naturel, tantôt sur des tissus altérés, tels que les anciennes ulcérations intestinales, tantôt au milieu des produits pathologiques, tels que le cancer encéphaloïde, ce qui constitue le *cancer mélané* (*Ibid.*, 1845, p. 266).

Des pustules varioliques des membranes muqueuses.

Ces pustules se montrent à peu près exclusivement sur les points pourvus d'un épithélium manifeste et résistant.

Fréquentes et parfaitement visibles sur la conjonctive oculaire, dans la bouche, elle se retrouvent, mais de moins en moins circonscrites, dans le larynx, dans la trachée-artère et les premières bronches (1837, p. 326 ; *ibid.*, 336). Je ne les ai jamais rencontrées dans l'estomac, et ce que l'on prend pour des pustules dans l'intestin sont des follicules muqueux augmentés de volume (*Ibid.*, 1846, p. 333).

Comme siége insolite, j'ai observé une pustule sur la cornée transparente, siége fatal, puisqu'il en est résulté la perforation de cette membrane et la perte de l'œil.

Observation rare d'une **hypertrophie énorme des ganglions lymphatiques**, simulant une dégénérescence cancéreuse, sans trace de cancer dans aucun viscère (*Ibid.*, 1848, p. 378).

Des produits de l'inflammation déposés sur les surfaces articulaires, et de leurs conséquences relativement à la production de l'ankylose (*Ibid.*, 1848, p. 316, et 1850, p. 71).

Ces produits se déposent souvent sur les cartilages, sous forme de couches pseudomembraneuses, molles, tomenteuses (improprement appelées fongosités), lesquelles, après un temps variable, subissent une série de transformations, et peuvent devenir cause de la soudure des surfaces contiguës. De là la nécessité, vers la fin des arthrites, d'imprimer à l'article des mouvements qui empêchent la formation des adhérences.

Amincissement des os dans l'âge avancé (*Ibid.*, 1850, p. 102; 1851, p. 104 et 147).

L'amincissement du système osseux est un fait très-fréquent dans la vieillesse : il n'est pas rare de trouver la voûte du crâne amincie au

point de devenir, par places, à peu près translucide, et les côtes aplaties et réduites à deux ou trois millimètres d'épaisseur, de telle sorte qu'on peut les couper avec des ciseaux. Les cartilages costaux, au contraire, durs et ossifiés, présentent une épaisseur quatre à cinq fois plus grande.

Induration crétacée du cristallin, coïncidant avec la présence d'une plaque calcaire au fond de l'œil (*Ibid.*, 1850, p. 5).

Loupes du cuir chevelu (*kystes sébacés*) opérées par incision, énucléation, et *réunion immédiate au moyen des cheveux noués par petits faisceaux par-dessus les lèvres de la plaie* (*Ibid.*, 1850, p. 36 et 419).

Exemples de **méningo-encéphalite mortelle** due à l'action prolongée de l'insolation, chez les moissonneurs (*Ibid.*, 1853, p. 333).

Sur le **siége de l'hydrocéphalie** (*Ibid.*, 1849, p. 10).

Hémorrhagie méningée formant dans la cavité de l'arachnoïde une nappe sanguine adhérente au feuillet pariétal, et circonscrite du côté du cerveau par une membrane mince que l'on pourrait prendre pour l'arachnoïde pariétale elle-même (*Ibid.*, 1840, p. 213).

Hémorrhagie de la protubérance annulaire (*Ibid.*, 1850, p. 47).

Hémorrhagie du centre de la protubérance cérébrale. — Coma profond, perte de l'intelligence et de la parole; abolition des sens; paralysie du mouvement et de la sensibilité des deux côtés (*Ibid.*, 1853, p. 113).

Observation d'une énorme **tumeur plastique développée dans les méninges**, et donnant lieu à une dépression considérable de la face supérieure de l'hémisphère droit du cerveau (*Ibid.*, 1850, p. 194).

Examinée sur une coupe, la tumeur a un aspect finement grenu, et en grattant avec le scalpel on enlève un détritus granuleux qui ne ressemble nullement à la matière encéphaloïde.

Tumeur fibroplastique logée à la base du cerveau, au niveau du confluent des sinus (*Ibid.*, p. 171).

Observation de **cancer multiple du cerveau,** chez un homme de 55 ans, caractérisé pendant la vie par des douleurs de tête, des convulsions de la langue et de la face, et enfin la paralysie (*Ibid*, 1853, p. 331).

Hydatide du cerveau (*Ibid.*, 1852, p. 108).

La vésicule acéphalocystique, du volume d'une petite orange, était logée dans une cavité formée par la substance cérébrale refoulée de toutes parts sans kystes fibreux.

Plaque fibreuse, de consistance cartilagineuse, développée entre les deux feuillets **du péricarde** pariétal (*Ibid.*, 1850, p. 116).

Péricardite cancéreuse chez un homme de 27 ans, mort des suites d'un cancer gélatineux de la première vertèbre lombaire (*Ibid.*, 1853, p. 148).

Péricardite tuberculeuse. — Phthisie granulée des deux poumons (*Ibid.*, 1845, p. 40).

Exemple de **cardite** trouvée chez une femme de soixante et dix ans, morte à la Salpêtrière dans un état de dyspnée avec oppression notable des forces, sans douleur locale (*Ibid.*, 1851, p. 68).

Le tissu du cœur était mou, flasque, un peu jaunâtre, se déchirant avec facilité. Les deux feuillets du péricarde étaient recouverts de fausses membranes.

L'absence de douleur, dans cette observation, est un fait digne de remarque et que l'on rencontre, à une époque avancée de la vie, dans un grand nombre de lésions qui, dans le jeune âge, sont accompagnées d'une vive souffrance locale, notamment la pleuro-pneumonie, la néphrite calculeuse, les coliques hépatiques.

Hypertrophie du cœur avec **insuffisance des valvules aortiques**. Bruit de souffle au deuxième temps.— L'une des valvules sigmoïdes était soudée par son bord libre à la surface interne de l'aorte (*Ibid.*, 1840, p. 362).

Affection organique du cœur, insuffisance de la valvule mitrale, qui forme une ouverture toujours béante; induration du pourtour

de l'orifice auriculo-ventriculaire sans rétrécissement. — Bruit de râpe au premier temps (*Ibid.*, 1851, p. 146).

Hypertrophie du cœur avec dilatation des orifices auriculo-ventriculaires donnant lieu à une **insuffisance** des valvules correspondantes, révélée par un souffle au premier bruit du cœur (*Ibid.*, 1853, p. 104).

Hypertrophie du cœur. — Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et **insuffisance** de la valvule mitrale; bruit de souffle au premier temps (*Ibid.*, 1850, p. 47 et 102).

Rétrécissement extrême de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, **sans insuffisance** de la valvule mitrale; bruit de souffle présystolique (*Ibid.*, 1850, p. 331).

Rétrécissement extrême de l'orifice aortique, insuffisance des valvules sigmoïdes; souffle double à la base du cœur (*Ibid.*, 1853, p. 72).

Ces faits, joints à un grand nombre d'autres, confirment pleinement les propositions émises, dans le *Traité d'auscultation*, sur les rapports des divers bruits de souffle avec les différents états morbides des orifices du cœur.

Concrétions calcaires dans les parois du cœur.

Il n'est pas rare de rencontrer, dans l'âge avancé, des masses irrégulières de matière crétacée, plus ou moins volumineuses, dans les parois du cœur. Ces dépôts morbides, dont j'ai présenté plusieurs exemples à la Société anatomique, ont généralement leur siége à la base du ventricule gauche, dans la zone auriculo-ventriculaire (*Ibid.*, 1850, p. 5; 1041, p. 42).

Ils sont d'ordinaire plus rapprochés de l'endocarde que de la face externe du cœur, et peuvent devenir cause d'une forme d'ulcère, que l'on rencontre quelquefois à la surface interne du ventricule aortique (*Ibid.*, 1845, p. 44).

Observation remarquable d'**ossification des artères coronaires du cœur** (*Ibid.*, 1851, p. 68).

L'artère coronaire postérieure formait autour de la base du cœur un véritable anneau, dur, ferme et cassant, du volume d'une grosse plume d'oie, et n'avait plus qu'une lumière très-étroite. L'antérieure était également altérée, au point qu'on avait de la peine à y trouver un canal. L'aorte, l'artère sous-clavière gauche, les deux artères iliaques, etc., présentaient de nombreuses plaques crétacées.

L'ossification, ou plutôt le développement de matière crétacée dans les parois des artères, est un fait que j'ai si souvent observé à la Salpêtrière, que je crois pouvoir le considérer comme jouant un grand rôle dans la durée de la vie, et constituant le caractère anatomique le plus commun de la vieillesse. Par suite de ce dépôt les artères perdent leur élasticité ; les grosses se dilatent outre mesure, les moyennes s'allongent, deviennent flexueuses ; les capillaires deviennent fragiles ou s'obstruent ou se brisent quand elles sont (comme dans le cerveau) environnées d'un tissu peu résistant : de là des troubles de circulation, de sécrétion et de nutrition, des hémorrhagies, des ramollissements, des gangrènes des extrémités, toutes lésions si fréquentes dans l'âge avancé de la vie.

Caillot volumineux, ferme, adhérent dans le ventricule gauche du cœur paraissant formé deux jours avant la mort (*Ibid.*, 1859, p. 87).

Observation de péricardite et pneumonie, avec présence, dans le ventricule gauche, de **caillots sanguins** décolorés, denses, adhérents, **contenant un pus phlegmoneux**, *un peu rougeâtre* (*Ibid.*, 1848, p. 353).

A ces caractères, on ne peut douter que les caillots dont il s'agit ne se soient formés plusieurs jours avant la mort.

Altérations pathologiques de l'**aorte**, désignées sous les noms de *plaques athéromateuses*, *cartilagineuses*, *ossifications*, *pustules*, *tubercules*, *abcès*, *ulcérations de l'aorte*.

Sur un grand nombre de pièces soumises à la Société anatomique (1848, p. 264 ; 1850, p. 90 et 109) ou déposées par moi au musée Dupuytren, j'ai mis en évidence (conformément aux recherches de

M. Bizot) les différences et les analogies de ces diverses altérations morbides : les unes, plaques pseudo-membraneuses, d'abord molles, albumineuses et rosées, devenant ensuite de plus en plus fermes et d'apparence cartilagineuse, déposées sur la surface libre de la membrane interne, et pouvant être considérées comme des produits d'un état phlegmasique ; les autres, développées surtout sous l'influence soit des progrès de l'âge, soit d'une disposition goutteuse ou rhumatismale, déposées manifestement au-dessous de la membrane interne, sous forme de petites plaques jaunes légèrement saillantes, qui peu à peu gagnent en étendue et en épaisseur, puis tantôt s'indurent de manière à constituer des lamelles crétacées (dites ossifications), et qui n'ont de l'ossification que la consistance ; tantôt se ramollissent en une matière jaunâtre, friable (matière athéromateuse), ou forment de petits amas circonscrits de matière onctueuse et fluide, appelés improprement pustules ou abcès, au niveau desquels la membrane interne se rompt, se détruit ; d'où résultent, après l'évacuation de la matière contenue, des dépressions ulcéreuses, qui sont fréquemment l'origine de petits anévrysmes sacciformes de l'aorte.

Anévrysmes de l'aorte.

Une série de pièces présentées à la Société anatomique et déposées au musée Dupuytren m'ont démontré : 1° Sous le point de vue clinique, que les diverses espèces de dilatations aortiques se révèlent plus rarement à l'oreille par un bruit unique, indépendant des bruits cardiaques, que par un double bruit ayant son maximum dans un lieu plus ou moins éloigné du cœur ; que les anévrysmes de l'aorte pectorale donnent à peu près toujours lieu à un bruit double, analogue aux bruits perçus à la région précordiale, et que le bruit ou souffle unique n'a lieu que dans les anévrysmes de l'aorte ventrale. 2° Anatomiquement, que l'anévrysme mixte interne n'existe point, l'extrême fragilité de la membrane interne des artères ne lui permettant pas de se dilater seule et de résister à l'effort du sang après la division des membranes externe et moyenne ; — que l'anévrysme vrai,

formé par la distension des trois tuniques, n'a ce caractère que dans l'origine, et consiste, pour l'aorte, en de simples dilatations qui ne renferment presque jamais de coagulum; — que les anévrysmes en forme de poche sphéroïdale, qui surtout usent les os et perforent le thorax, contiennent des couches fibrineuses stratifiées, et constituent ce que l'on a désigné sous le nom d'anévrysmes mixtes externes, la poche étant formée par la dilatation de la tunique celluleuse après la rupture des membranes interne et moyenne. Ces deux membranes ne se retrouvent plus à la surface interne du sac anévrysmatique que sous forme de plaques partielles; elles sont rompues au niveau de l'ouverture de communication de la poche avec l'artère, et si l'on a cru voir la tunique séreuse se continuer sans interruption de l'aorte dans le sac anévrysmatique, c'est qu'on a pris pour la membrane interne une couche fibrineuse lisse et polie qui n'en a que l'apparence.

Anévrysme de la crosse de l'aorte avec **perforation du sternum** (*Ibid.*, 1840, p. 10).

Anévrysme de la face antérieure de l'aorte ascendante avec **perforation de la poitrine** à droite du sternum (*Ibid.*, 1853, p. 2).

Dilatation anévrysmatique de la courbure de l'aorte, sur laquelle proéminent plusieurs petits anévrysmes sacciformes contenant des caillots fibrineux, tandis que l'artère dilatée n'en renferme pas (*Ibid.*, 1851, p. 102).

Anévrysme de l'aorte abdominale, entre l'artère mésentérique supérieure et sa bifurcation (*Ibid.*, 1848, p. 260).

Observation d'**anévrysme de l'artère carotide interne dans le crâne,** comprimant le nerf moteur oculaire commun (*Ibid.*, 1849, p. 348).

Oblitération complète de l'aorte à sa terminaison; oblitération incomplète des artères iliaques; *conservation de la vie et du mouvement dans les membres inférieurs* (*Ibid.*, 1835, p. 6).

Oblitération de l'artère crurale, *gangrène de la jambe* (*Ibid.*, 1850, p. 90).

Phlébite oblitérante des veines du membre inférieur gauche jusqu'à l'iliaque primitive, chez un phthisique (*Ibid*, 1835, p. 103).

Oblitération de la veine iliaque gauche chez un phthisique (*Ibid*, 1850. p. 153).

Phlébite oblitérante des deux veines iliaques primitives, coïncidant avec une oblitération par caillots des deux artères iliaques (*Ibid*, 1848, p. 354).

Oblitération de la veine sous-clavière droite par compression de ganglions axillaires et cervicaux hypertrophiés (*Ibid*, 1848, p. 279).

Oblitération successive (à long intervalle) **des deux veines iliaques primitives** (*Ibid*, 1846, p. 143).

Sur l'un des membres fortement œdématié pendant la vie, la veine iliaque était remplie par un caillot solide ; sur l'autre membre, qui n'était plus le siége d'aucune infiltration, la veine était convertie en un cordon fibreux.

Oblitération de la veine cave inférieure au-dessous d'une masse de ganglions lombaires tuberculeux, reconnue pendant la vie par la *circulation du sang dans les veines sous-cutanées abdominales, en sens inverse de sa direction naturelle* (*Ibid*, 1851, p. 352).

Ce phénomène remarquable, que j'avais déjà constaté antérieurement (*Ibid.*, 1844, p. 77), et qui consiste dans le passage du sang des membres inférieurs, à travers les veines abdominales dilatées, dans les ramifications veineuses du thorax, donne une idée des ressources de la nature pour l'entretien de la circulation dans les cas en apparence les plus désespérés ; il devient de plus un signe précieux de la compression ou de l'oblitération de la veine cave inférieure.

Oblitération de la veine cave supérieure par un caillot dense et solide, qui fait saillie dans l'oreillette droite, observée et reconnue pendant la vie chez une jeune femme atteinte de cancer du poumon, de la plèvre et du cœur (*Ibid*, 1853, p. 5).

Oblitération complète **du tronc de la veine porte** (diagnostiquée pendant la vie) chez une jeune femme prise d'ascite quelque temps après une *phlegmatia alba dolens*. suite de couches (1851, p. 354).

Les caillots formés dans les veines peuvent-ils se perforer consécutivement par un canal central? (*Ibid*, 1846, p. 142).

Phlébite du poumon (*Ibid*, 1848, p. 352).

Dans l'appareil de la circulation pulmonaire, ce n'est pas la veine qui est, comme partout ailleurs, le siége ordinaire de l'inflammation et de la formation des caillots; c'est dans l'artère pulmonaire que s'accomplissent les phénomènes pathologiques de coagulation du sang et d'oblitération vasculaire sous l'influence desquels les membres s'œdématient. Plusieurs fois j'ai fait constater ce fait à la Société anatomique, notamment dans la séance du 11 avril 1845 et le 10 novembre 1848 (*Ibid.*, 1848, p. 352).

Phlébolithes.

Nombre de fois, j'ai présenté à la Société anatomique des phlébolithes trouvés dans différentes parties du corps, et, plus souvent que partout ailleurs, dans les veines ovariques (*Ibid.*, 1849, p. 352 ; 1851, p. 91 ; 1852, p. 55).

Le mécanisme de formation de ces concrétions a été diversement expliqué. Il résulte de mes recherches qu'elles ne sont autre chose qu'un produit de transformation de petites masses sanguines, soustraites à la circulation, dans des renflements latéraux communiquant par un collet étroit avec la cavité de la veine.

Dans un cas notamment, on pouvait suivre toutes les transitions entre des caillots sanguins encore rougeâtres et peu consistants, et des concrétions entièrement pierreuses (*Ibid.*, 1850, p. 110).

Masse tuberculeuse, de la largeur de la paume de la main, développée **dans la paroi thoracique,** et ayant déterminé la solution de continuité d'une côte (*Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 115).

Squirrhe de la mamelle et **cancer de la plèvre** correspondante (*Ibid*, 1850, p. 5).

Le squirrhe est dur, volumineux, adhérent au grand pectoral et aux muscles intercostaux; la plèvre sous-jacente est soulevée par une multitude de plaques blanches cancéreuses.

Cette extension du cancer du sein jusque dans la poitrine n'est pas rare, et peut devenir une contre-indication de l'opération des tumeurs adhérentes.

Des véritables caractères de la **pneumonie chronique** (*Ibid*, 1847, p. 239).

Abcès du poumon contenant un pus plegmoneux (*Ibid*, 1848, p. 355).

Les collections purulentes sont rares dans le poumon, si ce n'est dans le cas d'infection purulente.

Cependant j'en ai vu quelques exemples incontestables. (*Ibid.*, 1838, p. 355.)

J'ai consigné, dans le même recueil, un cas de splénisation suppurée. (1853, p. 73.)

Gangrène centrale du poumon dans le cours d'une phthisie.— Pyélite suppurée (*Ibid*, 1850, p. 152).

Tumeur d'apparence cartilagineuse dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire (*Ibid*, 1850, p. 109).

On se rend difficilement compte de la naissance d'un produit cartilagineux dans le poumon; cependant j'ai déjà rencontré une petite tumeur sphéroïde qui présentait tous les caractères du tissu cartilagineux (*ibid.*, 1849, p. 331).

Cancer du poumon et de la plèvre. — Masses encéphaloïdes dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. — Masses globuleuses de même nature sous la plèvre viscérale (*Ibid*, 1850, p. 341).

Le cancer encéphaloïde est, dans le poumon, beaucoup plus fréquent que le squirrhe: le premier s'y développe sous forme de

masses globuleuses, le cancer squirrheux s'y montre sous forme de traînées le long des vaisseaux (*ibid.*, 1846, p. 349).

Observation d'**hydatide** ou acéphalocyste **du poumon** droit chez une femme qui avait rejeté pendant la vie des crachats verdâtres, d'apparence gélatineuse (*Ibid*, 1851, p. 14).

La vésicule, flétrie et revenue sur elle-même, était logée dans une large cavité à surface interne lisse, et dont les parois étaient formées par le tissu pulmonaire refoulé.

Ce fait, joint à plusieurs autres que j'ai eu occasion d'observer, prouve que le kyste fibreux, qui revêt habituellement la surface interne des cavités hydatifères, manque souvent dans le poumon ; c'est ce qui rend compte de la facilité avec laquelle ces acéphalocystes peuvent être rejetées par les bronches.

Dans le cas présent, la cavité anormale communiquait directement avec plusieurs rameaux bronchiques remplis de muco-pus semblable à celui contenu dans la poche hydatique.

Dilatation des bronches.

Ces altérations sont généralement considérées comme fort rares ; cela tient peut-être à ce que, l'attention des observateurs n'ayant pas été suffisamment éveillée sur ce point de la pathologie de l'appareil respiratoire, les dilatations sont quelquefois méconnues pendant la vie, parce que le diagnostic en est difficile, ou passent inaperçues après la mort, parce que l'on omet souvent, dans les nécropsies, d'ouvrir les rameaux aériens. Pour moi, depuis dix-huit ans, j'ai rencontré assez fréquemment cette disposition morbide, et j'en ai présenté à la Société anatomique de nombreux exemples, avec de grandes variétés de siége, d'étendue et d'aspect :

Dilatation considérable des bronches du lobe inférieur du poumon gauche (*Bulletins de la Société anatomique*, 1848, p. 327).

Dilatation en ampoule d'un grand nombre de rameaux bronchiques du sommet des deux poumons (*Ibid.*, 1849, p. 351).

Dilatation des extrémités bronchiques du lobe inférieur gauche, remplies de muco-pus simulant de petits abcès superficiels du poumon (*Ibid.*, 1849, p. 351).

Dilatation de la terminaison *des radicules bronchiques*, formant, à la surface du poumon, de petites saillies jaunâtres simulant des tubercules, et que l'on reconnaît pour de petites collections de muco-pus communiquant librement avec les ramifications des bronches (*Ibid.*, 1850, p. 102).

Dilatation d'un seul rameau bronchique du sommet du poumon (*Ibid.*, 1850, p. 109).

Dilatations multiples des bronches du sommet des poumons (*Ibid.*, 1851, p. 103).

Nombreuses ramifications du sommet *des deux poumons dilatées en ampoule* (*Ibid.*, 1851, p. 90).

Dilatation générale des bronches de tout le poumon gauche (*Ibid.*, 1852, p. 56).

Plusieurs autres exemples sont consignés dans le même receuil (1854, p. 8; 1855, p, 40).

Pleuropneumonie et **bronchite pseudomembraneuse**; *expulsion*, par la toux, *d'une fausse membrane ramifiée, tubulée*, représentant une division bronchique avec toutes ses ramifications (*Ibid*, 1852, p. 103).

Expectoration d'un **fragment de glande bronchique.** — Autre cas d'expulsion d'une **masse calculeuse** provenant d'un ganglion bronchique (*Ibid*, 1860, p. 291).

Goître enkysté du corps thyroïde. — Hypertrophie du nerf pneumogastrique (*Ibid*, 1849, p. 35).

Tumeur squirrheuse du médiastin antérieur, avec compression des veines pulmonaires et de la veine cave supérieure (*Ibid*, 1849. p. 39).

Ulcères syphilitiques du larynx en grande partie cicatrisés, avec œdème des replis aryténo-épiglottiques et rétrécissement de la glotte (*Ibid*, 1840, p. 170).

Ulcères syphilitiques du larynx; destructions considérables, cicatrices très-nombreuses. — Rétrécissement consécutif du larynx et dilatation de la trachée-artère (*Ibid*, 1841, p. 38).

Ces faits confirment l'exactitude des propositions énoncées dans mon Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes (p. 13), concernant la guérison facile des ulcères laryngés syphilitiques.

Cas remarquable de **cancer du larynx** (*Ibid.*, 1854, p. 102).

Phthisie laryngée tuberculeuse chez un homme de 55 ans. — Diagnostic difficile; révélation de la nature tuberculeuse de la maladie par l'absence d'ulcères pharyngés (*Ibid*,, 1853, p. 149).

Hernie diaphragmatique *Ibid.* 1851, p. 147),

En avant du centre phrénique, le diaphragme présentait une ouverture arrondie, à bords mousses, au niveau de laquelle il y avait interruption des éléments musculaires. Le péritoine et la plèvre, immédiatement adossés, formaient un sac herniaire, à large collet, du volume d'une orange, saillant dans la poitrine, et renfermant une partie de la grosse tubérosité de l'estomac.

Perforation de l'œsophage par un ganglion lymphatique suppuré (*Ibid.*, 1853, p. 345).

C'est là un cas très-rare d'ulcération de l'œsophage, et l'on conçoit l'incertitude que pourrait faire naître, dans un cas semblable, le rejet par la bouche d'un certaine quantité de pus.

Empoisonnement par l'acide sulfurique. — Altération de l'œsophage et de l'estomac (*Ibid.*, 1853, p. 103).

Lésions chroniques de l'estomac.

Plusieurs affections plus ou moins curables de l'estomac peuvent simuler le cancer de cet organe : ce sont l'**hypertrophie** avec induration **des parois** du ventricule, et l'**ulcère chronique simple** de

ce viscère, qui a été, de la part de M. le professeur Cruveilhier, l'objet d'intéressantes recherches.

Le premier de ces états morbides consiste dans un épaississement considérable des parois, résultant surtout de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux, et du plan musculeux de l'estomac. Cette hypertrophie peut occuper une étendue plus ou moins considérable de l'estomac ; mais elle est souvent limitée à une surface restreinte, et c'est la portion pylorique qui en est le siége le plus habituel. Dans ce dernier cas surtout, l'orifice duodénal est rétréci, et les liquides ingérés sont retenus dans l'estomac; de là des troubles de la chymification, des distensions du ventricule, des dégagements fréquents de gaz, des vomissements, et un amaigrissement consécutif, qui simulent le cancer du pylore d'autant mieux que la palpation permet de sentir une tumeur à droite de l'épigastre.

La portion, ainsi modifiée dans sa texture, sans trace de cancer, peut du reste s'ulcérer plus tard à la surface interne ; de là des exhalations sanguines qui colorent les vomissements et rendent plus complète encore la ressemblance de cet état morbide avec le véritable carcinome.

Ces sortes d'altérations sont susceptibles sinon d'une guérison absolue, au moins d'une amélioration très-notable, compatible avec de longues années d'existence.

Elles peuvent aussi s'infiltrer de matière cancéreuse, et elles constituent alors le *squirrhe*, reconnaissable à la présence d'une matière molle, pulpeuse, dans la partie malade, avec coïncidence de cancer des ganglions lymphatiques voisins.

De nombreuses pièces présentées à la Société anatomique confirment ce qui précède; on trouve entre autres, dans ses Bulletins, un fait d'**hypertrophie considérable du pylore** sans ulcération (*Bulletins de la Société anatomique*, 1847, p. 83),

Hypertrophie et **induration des parois de l'estomac** dans presque toute leur étendue ; rétrécissement extrême de l'orifice duodénal, dû en partie à un ancien ulcère voisin du pylore (*Ibid.* 1849, p. 35).

L'**ulcère simple** de l'estomac, moins rare qu'on ne le pense, est ordinairement limité à une surface peu étendue ; assez fréquent dans le voisinage du pylore, il a souvent son siége près de la petite courbure. Tantôt ses bords sont minces et médiocrement indurés ; tantôt son pourtour est épais et dense, de manière à former un relief considérable. Dans ces cas, des douleurs plus ou moins vives, des troubles variés de la digestion, sont accompagnés d'exhalations sanguines qui donnent aux vomissements une couleur noirâtre, et la maladie peut être aisément prise pour un cancer ulcéré, surtout si la palpation vient à constater l'existence d'une tumeur sensible à travers les parois abdominales. Et pourtant les symptômes peuvent s'amender et disparaître pour faire place à la santé.

Le rétablissement est encore possible dans le cas même où l'ulcère, creusant en profondeur, traverse toute l'épaisseur des parois de l'estomac, la perforation se trouvant bouchée par un des organes voisins, surtout par le pancréas. Mais la santé ne peut se maintenir qu'à la condition d'une bonne hygiène : car, sous l'influence de quelque écart de régime ou d'autres causes, les hémorrhagies peuvent se reproduire et devenir funestes ; ou bien les adhérences de la perforation peuvent se rompre en un point de leur pourtour, d'où résulte une péritonite promptement mortelle.

L'ulcère simple peut aussi changer de caractère, et constituer un cancer par le dépôt de matière encéphaloïde dans ses parois et dans les ganglions voisins. Plusieurs faits présentés à la Société anatomique démontrent les propositions que nous venons d'émettre.

Ulcère chronique de l'estomac, situé sur la face postérieure, près de la petite courbure; perforation bouchée par le pancréas (*Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 103).

Les bords de l'ulcère étaient durs, saillants, partiellement un peu fongueux.

Ulcération simple de l'estomac; perforation de ses parois, **bouchée par le pancréas;** rupture d'un point des adhérences; péritonite mortelle (*Ibid*, 1850, p. 151).

L'observation suivante, peut-être unique dans son genre, est un des exemples les plus remarquables de la perforation ulcéreuse de l'estomac, et montre les ressources variées de la nature pour réparer des lésions en apparence incurables.

Ulcère chronique de l'estomac, perforation de la partie antérieure de ce viscère, **bouchée par l'extrémité inférieure du sternum** (*Ibid*, 1851, p. 69).

Dans ce cas, la guérison était si parfaite, qu'aucun symptôme n'avait fait soupçonner cette lésion pendant la vie.

Cancers de l'estomac.

J'ai communiqué à la Société anatomique un grand nombre de cancers de l'estomac très-variés, tant par leur forme que par leur étendue. Après la région pylorique, c'est la petite courbure (et non pas le cardia) que j'ai trouvée le plus souvent envahie par le cancer. Comme forme, c'est tantôt le squirrhe ulcéré avec épaississement et induration des bords et du fond de l'ulcère, tantôt le cancer encéphaloïde, mou, pulpeux, et tous les intermédiaires possibles entre les deux formes précitées ; ailleurs le cancer à bords fongueux, très-vascularisé (cancer hématoïde) ; ailleurs encore, le cancer colloïde ou gélatineux, dont la nature est confirmée par la présence de la matière cancéreuse type dans les ganglions lymphatiques voisins. Cette dernière variété est celle qui le plus souvent occupe une grande étendue de l'estomac, et donne lieu aux épaississements les plus considérables par la distension de ses parois en une infinité de vacuoles remplies de matière gélatineuse demi-concrète.

Je ne mentionne ici qu'un petit nombre d'exemples intéressants par quelque particularité insolite.

Cancer de l'estomac formant deux masses dont l'une occupe la petite courbure et la région pylorique, et l'autre le **cardia** de telle sorte que l'orifice œsophagien est rétréci au point d'admettre à peine l'extrémité du petit doigt (*Bulletins de la Société anatomique*, 1855, p. 3).

Cancer de la petite courbure de l'estomac, avec cancer de la vésicule biliaire et du canal cystique (*Ibid.* 1850, p. 4).

Le siége assez fréquent du cancer à la petite courbure a une assez grande importance clinique, en ce que chez les femmes dont le rebord costal inférieur a été abaissé par l'usage du corset, il n'y a souvent aucune tumeur sensible à la palpation.

C'est ce qui a eu lieu chez notre malade, qui présentait pendant la vie tous les signes rationnels du cancer, et c'est précisément parce que, chez elle, on ne trouvait aucune tumeur, que nous avons diagnostiqué un carcinome de la petite courbure.

Cancer de la région pylorique de l'estomac formant tumeur à gauche de la ligne blanche (*Ibid.*, 153, p. 438).

L'estomac était refoulé dans l'hypochondre gauche, et cette disposition contribuait à rendre le diagnostic plus difficile.

Cancer ulcéré du pylore; rétrécissement de l'ouverture duodénale. — Distension extrême de l'estomac (*Ibid*, 1848, p. 348).

L'évacuation des matières contenues étant devenue impossible, l'estomac de plus en plus dilaté formait une poche énorme s'étendant jusque dans la fosse iliaque gauche, se dessinant, pendant la vie, à travers la paroi abdominale antérieure, et donnant lieu, par la percussion, à un *bruit de clapotement* très-remarquable. A l'autopsie, on y trouva trois litres d'une bouillie noirâtre et une petite quantité de gaz.

Cancer encéphaloïde ulcéré **de la face antérieure** de l'estomac (*Ibid*, 1848, p. 365).

Cancer de la grande courbure (*Ibid.*, 1854. p. 5).

Dans ces deux cas, les vomissements ont manqué pendant la vie : les deux orifices étaient parfaitement libres.

Cancer ulcéré de la grande courbure de l'estomac, communiquant par une large ouverture avec le côlon transverse (*Ibid*, 1852, p. 296).

Dans ce cas encore, le malade ne vomit qu'une fois pendant un séjour de six semaines à l'hôpital ; mais il avait une diarrhée abondante et maigrissait rapidement.

Tumeur fibroplastique développée **dans les parois du duodénum** (*Ibid*, 1850, p. 110).

Observation remarquable de **contraction de l'intestin** qui n'avait plus que le volume du petit doigt (*Ibid*, 1851, p. 24).

Ces espèces de coarctations sont très-fréquentes à la suite des colites dysentériques, et donnent lieu à des constipations quelquefois opiniâtres. De là découle la nécessité d'avoir recours, aussitôt après la cessation des dysentéries, à l'emploi des injections liquides destinées à maintenir libre la cavité intestinale.

Raccourcissement de l'intestin.

Cette disposition est fréquente dans l'ascite et dans la péritonite chronique. L'intestin ne présente souvent alors que la moitié de sa longueur normale ; mais les plis transversaux de la membrane muqueuse sont plus rapprochés et se retrouvent bien au delà de leur limite ordinaire (*Ibid.*, 1846, p. 28).

Dans un autre cas, l'intestin grêle ne mesurait que dix pieds de la valvule pylorique à la valvule iléo-cœcale : le gros intestin n'avait que trois pieds de long ; les valvules conniventes très-rapprochées dans le duodénum, s'étendaient jusqu'à la valvule iléo-cœcale (*Ibid.*, 1851, p. 355).

Hémorrhagie intestinale paraissant dépendre de l'oblitération de la veine mésaraïque par un caillot sanguin. — Cause d'entérorrhagie non signalée, à ma connaissance, et dont j'ai déjà rencontré plusieurs exemples (*Ibid*, 1851, p. 232).

Ulcères intestinaux. On sait combien sont fréquentes les ulcérations de l'intestin grêle dans le cours de la fièvre typhoïde. Ces lésions se cicatrisent généralement par la formation d'un tissu tomenteux qui recouvre le fond de l'ulcère sans rétraction des parois intestinales, ce qui explique la rareté des rétrécissements consécutifs à la dothiénenterie (*Ibid.*, 1853, p. 87 et 105).

Observation d'**ulcérations tuberculeuses** de la fin **du duodénum** et du commencement **du jéjunum**, formées par de gros ganglions lombaires tuberculeux accolés au tube digestif, et dont plusieurs, en partie ramollis, avaient perforé les parois intestinales (*Ibid*, 1851, p. 49).

Ce fait, qui nous montre une forme d'ulcérations intestinales non encore décrite, tend à prouver la possibilité de l'évacuation de la matière tuberculeuse des ganglions abdominaux par la cavité de l'intestin.

Ulcérations intestinales de la pellagre. — Caractères spéciaux de cette espèce d'ulcérations (*Ibid*, 1851, p. 351).

Fistule intestinale ouverte sur le cordon ombilical à deux centimètres de son insertion (*Ibid*, 1853, p. 178).

Cancer de l'intestin grêle.— Le cancer de l'intestin grêle est très-rare : c'est peut-être le seul exemple que nous ayons constaté sur un nombre très-considérable d'ouvertures cadavériques (*Ibid*, 1860, p. 28).

Cas remarquable de **perforation de l'appendice iléo-cœcal** (*Ibid.*, 1855, p. 5).

Observation de **colite chronique**, avec ulcérations multiples, dont plusieurs communiquent par un orifice étroit avec une cavité ulcéreuse du volume d'un gros pois ; exemple d'ulcération de la surface interne des follicules muqueux (*Ibid.*, 1851, p. 42).

Hernies stercorales du gros intestin (*Ibid*, 1851, p. 147).

Il n'est pas rare (quand l'attention est éveillée sur ce point) de trouver, chez les vieillards, des globes de matières fécales durcies, apparaissant au milieu de selles liquides, après plusieurs jours de diarrhée. Une disposition, que j'ai nombre de fois constatée à la Salpê-

trière, rend compte de ce fait, au premier abord si étrange : sur le trajet du côlon, on remarque des renflements, des tumeurs arrondies attenant à l'intestin par une large base, quelquefois appendues à ses parois par un pédicule étroit ; ces tumeurs sont formées par la dilatation partielle des trois tuniques, en forme de poche communiquant avec la cavité intestinale par un orifice plus ou moins étroit, et elles contiennent des matières fécales solides et dures. On conçoit que, dans certains cas, ces poches ne se vident qu'après une irritation qui réveille les contractions ralenties de l'intestin et en lubréfie les parois.

Cancer colloïde du rectum étendu à la prostate et formant obstacle au cours des matières fécales (*Ibid*, 1853, p. 328).

Observation et présentation de **six tænia** *expulsés à la fois* du corps d'une jeune fille de quatorze ans, par l'administration d'une décoction de 45 grammes d'écorces de racines de grenadier (*Bulletins de la Société anatomique*, 1844, p. 38).

Cas remarquable d'**ascite et de péritonite cancéreuse** (*Ibid*, 1852, p. 261).

Par suite de l'adhérence du côlon transverse à la paroi abdominale antérieure, la cavité péritonéale était séparée en deux moitiés, dont la supérieure contenait la plus grande quantité de l'épanchement, et l'épiploon pelotonné en une masse compacte faisait percevoir la sensation d'un corps dur au niveau de l'ombilic.

Altérations rares des replis du péritoine.

Parmi les nombreuses lésions de ce genre que j'ai communiquées à la Société anatomique, je n'en signale qu'un petit nombre :

Étranglenent interne du côlon transverse par une *bride de l'épiploon* (*Ibid*, 1850, p. 152).

Observation d'**étranglement intestinal** par une *double bride épiploïque* (*Ibid*, 1851, p. 232).

Cancer de l'épiploon.

Le cancer affecte rarement le péritoine d'une manière primitive, et dans ce cas, c'est généralement par l'épiploon que la lésion commence.

Lorsque les feuillets épiploïques s'infiltrent de cancer ou de matière tuberculeuse, le plus ordinairement ils se rétractent de bas en haut, et forment une tumeur transversale que l'on pourrait prendre pour une altération du pancréas (*Ibid.*, 1850, p. 5).

Corps fibroïdes, à coque cartilagineuse, trouvés dans le tissu cellulaire **du mésocôlon iliaque** (*Ibid*, 1852, p. 55).

Développement énorme de la rate avec altération profonde du sang. — Observation recueillie en 1839 et dans laquelle on a, dès cette époque, constaté, au microscope, la prédominance des leucocytes (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 201).

Splénite. — Ramollissement de la rate, dont le parenchyme est réduit en une bouillie lie de vin, trouvé chez une femme morte d'une affection organique du cœur (*Bulletins de la Société anatomique*, 1850, p. 109).

Hémorrhagies multiples avec hypertrophie de la rate consécutives à l'**oblitération de la veine splénique** (*Ibid.*, 1854, p. 366).

Phlébolithe de la rate (*Ibid*, 1848, p. 331).

Détachement de la plus grande partie de la parotide après une inflammation de cette glande survenue dans le déclin d'un typhus (*Ibid.*, 1855, p. 31).

Cancer du pancréas chez un homme de 46 ans, atteint d'une diarrhée rebelle (*Ibid.*, 1855, p. 110).

Déformations du foie.

Dans mes études d'anatomie morbide, j'ai rencontré, et soumis à l'appréciation de la Société anatomique, un grand nombre d'altérations de forme de la glande hépatique. J'ai déjà signalé page 30 un

cas de déformation congénitale où le lobe gauche manquait complétement; ailleurs on voit ce même lobe, démesurément développé, s'étendre jusque dans l'hypochondre gauche, et recouvrir la rate.

D'autres déformations sont les résultats de causes accidentelles, mécaniques ou morbides : ici le foie présente sur la face antérieure et convexe *un ou plusieurs sillons longitudinaux* plus ou moins profonds; là ce même lobe est le siége d'un *sillon transversal* parfois tellement profond, que les deux feuillets antérieur et postérieur de la capsule de Glisson se trouvent à peu près adossés l'un à l'autre (*Ibid.*, 1850, p. 335 ; 1851, p. 69).

Concurremment avec cette dernière dépression, on voit quelquefois le *lobe droit s'étendre jusque vers la fosse iliaque* correspondante, de manière à simuler une tumeur anormale; et dans le cas de cancer hépatique, ce lobe, ainsi allongé, peut former une masse volumineuse qui semble distincte du foie et donne lieu à de grandes difficultés de diagnostic (*Ibid.*, 1848, p. 363).

Hépatite traumatique suivie d'**abcès du foie.** Rareté des abcès de ce viscère dans nos climats (*Ibid.*, 1855, p. 112).

Observation d'**apoplexie du foie**, ou hémorrhagie dans l'épaisseur de ce viscère (*Ibid*, 1851, p. 49).

Cet exemple prouve ce fait, que j'ai maintes fois observé, que les portions du foie qui ont été le siége de ces hémorrhagies prennent, par suite d'une série de modifications, l'aspect des corps caverneux.

État gras du foie.

Cette altération, incomparablement plus fréquente dans la phthisie que dans toute autre maladie, se rencontre assez fréquemment chez des sujets morts de cancer; je l'ai même rencontrée sans autre altération viscérale.

Le foie gras, en même temps qu'il se décolore, perd de sa pesan-

teur spécifique et peut devenir assez léger pour surnager quand on le plonge dans l'eau (*Ibid.*, 1848, p. 314 et 350 ; 1852, p. 80).

Cancers du foie.

Le plus ordinairement, le cancer du foie se présente sous forme de masses de matière encéphaloïde tantôt fermes, tantôt molles, pulpeuses, plus ou moins vascularisées, et c'est dans ce dernier cas surtout qu'il se fait, au milieu de ces masses, des épanchements sanguins, qui en modifient l'aspect au point de les rendre méconnaissables pour un œil peu exercé, et qui, à mesure qu'ils se décolorent, forment des dépôts de matière jaunâtre que l'on a pris à tort pour des tubercules développés au milieu des cancers. Parmi les cas les plus curieux de carcinome du foie que j'ai communiqués à la Société anatomique, je citerai les suivants :

Cancer du foie remarquable par de nombreux dépôts encéphaloïdes, accumulés dans la partie inférieure du lobe droit considérablement allongé, formant une tumeur qui pouvait paraître complétement indépendante du foie (*Ibid.*, 1848, p. 364).

Cancer du foie formant à l'épigastre une tumeur soulevée par des pulsation isochrones aux battements artériels. — Cancers multiples de l'estomac, du poumon et des ganglions bronchiques (*Ibid.*, 1853, p. 105).

Tubercules du foie.

Autant il est commun de rencontrer le foie graisseux dans la phthisie, autant il est rare d'y trouver des tubercules chez l'adulte. Le plus habituellement encore, on n'y découvre que des granulations demi-tranparentes. Dans un cas cependant, j'ai trouvé, dans l'épaisseur du lobe droit, *un tubercule gros comme une noix*, accompagné de plusieurs petits tubercules disséminés dans le tissu hépatique, chez une femme de soixante-quatre ans, ayant de la matière tuberculeuse dans les parois de la poitrine, quelques granulations

même nature dans les poumons, et une infiltration tuberculeuse des ganglions cervicaux, axillaires et lombaires (*Ibid.*, 1850, p. 331).

Parmi les altérations du foie les plus insolites que j'ai rencontrées, je citerai un exemple de **matière fibro-calcaire** développée sur la face convexe des deux lobes, sous forme de larges plaques irrégulières, épaisses, constituées par un tissu blanchâtre ferme, partiellement induré, comme les plaques ostéo-calcaires de la plèvre (*Ibid.*, procès-verbaux du 21 avril 1848).

Maladies de la vésicule biliaire.

Hypertrophie des fibres musculaires de la vésicule du fiel.

On a longtemps méconnu la présence des fibres musculaires dans les parois de la vésicule, et l'on se trouvait embarrassé pour expliquer l'évacuation de la bile accumulée dans ce réservoir. L'anatomie pathologique démontre la réalité d'un plan musculeux invisible dans l'état normal.

Dès 1839 et 1840, j'ai présenté à la Société anatomique, et déposé au musée Dupuytren, des vésicules dans lesquelles on pouvait constater un développement de fibres musculaires très-évidentes, et formant des faisceaux entrecroisés, comme on le voit dans certaines vessies à colonnes (*Ibid.*, 1840, p. 172).

Longtemps cependant les anatomistes ont nié la nature musculeuse de ces fibres, malgré les considérations physiologiques tendant à reconnaître à la vésicule la faculté de se contracter, comme la vessie elle-même (*Ibid.*, 1849, p. 35).

Mais de nouveaux exemples que j'ai successivement présentés à la Société anatomique ont levé les doutes qui pouvaient exister encore, et la réalité du plan musculeux de la vésicule biliaire est aujourd'hui généralement reconnue (*Ibid.*, 1850, p. 88, et 1851, p. 228).

8

Hydropisie de la vésicule biliaire.

Qu'un obstacle quelconque, tel qu'une oblitération du canal cystique par une cicatrice, une obstruction de sa cavité par un calcul, une compression de ses parois par une tumeur cancéreuse, etc., empêche l'arrivée de la bile dans la vésicule, tantôt celle-ci se contracte et se réduit à un noyau de la grosseur d'une cerise ; tantôt elle se dilate et forme une poche considérable, à surface interne blanche, lisse et polie, occupée par un liquide aqueux, incolore, qui n'a plus avec la bile aucune analogie.

La vésicule, ainsi distendue, est alors aisément reconnue pendant la vie, sous forme d'une tumeur ovoïde facile à sentir à travers les parois abdominales (*Ibid.*, 1840, p. 172).

Outre les altérations précitées, les *Bulletins de la Société anatomique* renferment un grand nombre d'observations relatives à différentes lésions des voies biliaires.

Dilatation considérable *des canaux et conduits biliaires par suite de l'obstruction du canal cholédoque* (1848, p. 312).

Dilatation des conduits cholédoque et hépatique jusque dans l'intérieur du foie, *sans trace d'obstacle au cours de la bile.* — Il est probable qu'un calcul, momentanément arrêté dans le canal cholédoque, avait été expulsé peu de jours avant la mort (1850, p. 4).

Cicatrice à la surface interne *du canal cholédoque* dilaté, démontrant l'existence antérieure d'une ulcération de ce conduit (1851, p. 148).

Oblitération du canal cystique par une cicatrice (1840, p. 172).

Oblitération d'un conduit biliaire dans l'intérieur du foie, avec dilatation considérable de tous les rameaux situés au delà de l'obstacle, de manière à former de larges cavités contenant plusieurs centaines de calculs du volume d'un grain de millet (1851, p. 227).

Hypertrophie des parois de la vésicule bilaire (1851, p. 228).

Ossification des parois de la vésicule, avec calculs blanchâtres en-

chatonnés dans ces parois, et faisant corps avec elles. Observation rare dont on ne trouve aucun exemple dans les auteurs français (1851, p. 90).

Cancer du canal cystique, qui est entièrement oblitéré.

Cancer de la vésicule biliaire, qui ne contient plus qu'un mucus verdâtre épais (1850, p. 4).

Cancer du mamelon formé par l'extrémité duodénale du canal cholédoque (1851, p. 232).

Perforation du fond de la vésicule communiquant directement dans le côlon transverse (1848, p. 312).

Perforation de la vésicule s'ouvrant dans un foyer purulent qui communique lui-même avec la portion voisine du côlon (1851, p. 137).

Vésicule contractée sur plusieurs calculs, et ne formant qu'une masse du volume d'une noisette (1851, p. 146).

Vésicule contractée sur un gros calcul qui en remplit toute la cavité (1852, p. 263).

Calculs biliaires de toutes les formes, de toutes les dimensions, occupant les points les plus variés des voies de la bile.

Calculs uniques ou *multiples libres dans la vésicule* du fiel (1848, p. 354; 1851, p. 90 et 228).

Calculs nombreux en partie *libres dans la vésicule*, en partie *retenus dans le col* de ce réservoir (1851, p. 115).

Calcul enchatonné dans le col de la vésicule, et empêchant absolument l'entrée de la bile dans ce réservoir (1851, p. 228).

Calcul enchatonné dans le fond de la vésicule biliaire, et n'ayant plus aucune communication avec le reste de cette poche (1848, p. 354).

Calculs nombreux enchatonnés dans les parois de ce réservoir (1851, p. 25).

Calculs situés en dehors de la vésicule, *dans une cavité acciden-*

telle limitée par des adhérences fibro-celluleuses, sans trace de communication actuelle avec la cavité vésiculaire (1851, p. 48).

Calculs arrêtés dans le canal cystique (1849, p. 35; 1851, p. 25).

Calculs enchatonnés dans l'extrémité duodénale du canal cholédoque (1848, p. 312).

Calcul assez gros, *libre* et *mobile* dans le trajet des canaux hépatique et cholédoque dilatés (1851, p. 25).

Calculs occupant la vésicule et *plusieurs des principaux conduits hépatiques* dans l'intérieur du foie (1851, p. 147).

Calcul de la grosseur du bout du doigt médius, *engagé dans l'extrémité du canal cholédoque, et faisant saillie dans le duodénum* (1851, p. 137).

Kystes du rein.

Trois sortes de kystes peuvent se rencontrer dans le rein : les kystes urinaires, les kystes séreux et les kystes hydatiques.

Les premiers consistent dans la dilatation plus ou moins considérable des calices par suite de l'oblitération de l'uretère, et renferment une quantité variable d'urine altérée. Les kystes séreux, très-communs, se développent surtout dans l'épaisseur de la couche corticale, et offrent les plus grandes variétés quant à leur nombre, à leur dimension, et à la nature du liquide contenu : ici le rein présente une poche unique du volume d'un œuf (*Ibid.*, 1850, p. 110), renfermant un liquide séreux limpide; là son tissu est criblé d'une infinité de petits kystes contenant tantôt une sérosité limpide (1850, p. 116), tantôt un liquide plus ou moins opaque et consistant.

Les kystes hydatiques sont les plus rares; en 1849, j'ai présenté à la Société anatomique un rein énorme contenant une acéphalocyste du volume d'un œuf d'autruche.

Hémorrhagie dans la substance du rein (dans Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 429).

Epanchement sanguin sous la membrane muqueuse du bassinet. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 150.)

Altérations des reins dans l'albuminurie.

Ces altérations sont très-différentes selon la durée de la maladie. D'abord gros et congestionnés, les reins sont ensuite de plus en plus anémiés, et s'infiltrent plus tard de petits points blanchâtres opaques (*Ibid.*, 1846, p. 27), puis ils diminuent peu à peu de volume, se pénètrent dans quelques cas de granulations jaunâtres, et passent enfin à un état d'atrophie plus ou moins avancé. — Dans les nombreux exemples que j'ai eu occasion d'examiner, j'ai *toujours vu les deux reins malades en même temps*, et à peu de chose près, au même degré; *jamais*, jusqu'à ce jour, je n'y ai trouvé *de pus*. Sont-ce là les caractères d'une véritable inflammation?

Atrophie des reins.

A mesure qu'un organe s'atrophie, il n'est pas rare de voir une accumulation de graisse se substituer aux tissus normaux.

Dans un cas, la transformation graisseuse était tellement prononcée, qu'il n'existait plus de traces appréciables de la substance du rein (*Ibid.*, 1835, p. 68); l'uretère était oblitéré par des calculs.

Dans un autre cas, le rein avait à peine le volume d'une noix, et le tissu rénal atrophié était infiltré de graisse, en même temps qu'il s'était fait un dépôt de substance ostéo-calcaire dans le bassinet et dans l'uretère (1851, p. 114).

Pyélite calculeuse.

Plusieurs exemples de ce genre de lésions ont été consignés par moi dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1850, p. 153; 1851, p. 37). Le dernier fait est remarquable par le dépôt d'une couche considérable de graisse autour du rein atrophié, et par la présence dans ses cavités dilatées d'un énorme calcul urinaire.

Déplacements des viscères abdominaux.

Les viscères, déplacés dans la cavité péritonéale, sont tantôt encore mobiles, ou partiellement arrêtés par une bride plus ou moins lâche ; d'autres fois, maintenus fixement par des adhérences solides et serrées.

Un des exemples les plus remarquables de cette dernière espèce consiste dans l'*adhérence au niveau de l'ombilic d'un paquet intestinal, du fond de l'utérus et du sommet de la vessie*, observée chez une femme de soixante et seize ans.

On conçoit les difficultés que de semblables dispositions peuvent faire naître pour le diagnostic des tumeurs abdominales (*Ibid.*, 1851, p. 136).

Atrophie du testicule gauche retenu dans le canal inguinal (*Ibid.*, 1858, p. 105).

Ulcérations vaginales syphilitiques, avec perforation de la vessie, du rectum ; fistules périnéales ; carie de l'os frontal pénétrant jusque dans la cavité crânienne (*Ibid.*, 1848. p. 313).

Oblitérations vaginales.

Il n'est pas rare, chez les femmes âgées, de rencontrer des oblitérations du vagin par adhérence de ses parois au devant du col utérin. Tantôt il reste encore un petit canal perméable (*Ibid.*, 1851, p. 147), tantôt l'oblitération est complète. Dans ce dernier cas surtout, la cavité utérine est quelquefois distendue par une accumulation de mucus puriforme, d'où peuvent résulter des accidents difficiles à bien apprécier (*Ibid.*, p. 160).

Engorgement hypertrophique de l'utérus.

Après avoir été considérées comme très-fréquentes, ces altérations ont été plus tard presque révoquées en doute. Dans le 7e bulletin de

la Société anatomique (1847), j'ai consigné l'exemple d'une matrice qui avait 12 centimètres de longueur, sur 6 dans sa plus grande largeur.

Cancers de l'utérus.

Sur un nombre très-considérable de carcinomes de l'utérus que j'ai eu occasion d'examiner (quels qu'en fussent d'ailleurs le degré, la forme), ulcères commençants, ou destructions profondes, aspect grisâtre et sanieux ou gangréneux et noirâtre, fongosités encéphaloïdes avec cancers disséminés, ou infiltration d'une matière blanche, mais pulpeuse, sans altération cancéreuse des ganglions voisins (1848, p. 331), dans aucun cas, jusqu'à ce jour, je n'ai vu le cancer primitif de la matrice commencer par un autre point que par le col. C'est là son lieu d'élection ; c'est de là qu'il s'étend vers le corps de l'utérus, en s'élevant généralement plus haut dans la cavité qu'à la surface externe de ce viscère. Aussi, nombre de fois déjà, cette loi d'anatomie pathologique m'a servi pour écarter l'idée d'un cancer chez des femmes ayant des pertes sanguines, un teint cachectique, des bosselures dans les parois utérines, si le toucher me faisait constater l'intégrité du col.

Corps fibreux de l'utérus.

J'ai présenté à la Société anatomique, et ses bulletins mentionnent une nombreuse série de tumeurs fibreuses les plus variées : uniques ou multiples (1848, p. 313), depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une tête d'adulte (1851, p. 29) ; placées au centre de l'une ou de l'autre paroi de l'utérus, faisant saillie dans sa cavité sous forme de polype (1850, p. 82), ou appendues à sa surface externe par un mince pédicule (1850, p. 5), plus ou moins pénétrées de vaisseaux (1851, p. 29), d'une certaine mollesse élastique, ou devenues fermes et dures par le dépôt d'une matière calcaire (1848, p. 279), le plus souvent pleines, solides dans toutes leurs parties, quelquefois

ramollies à leur centre, et creusées de cavités qui contiennent soit des épanchements sanguins, soit une matière gélatineuse demi-concrète ou fluide.

Dans un cas très-remarquable, j'ai trouvé au centre d'une tumeur fibreuse, du volume d'une énorme pastèque, une cavité renfermant jusqu'à 3 litres d'un liquide citrin albumineux (1852, p. 55).

L'ovaire est bien plus rarement que l'utérus le siége de semblables productions morbides ; cependant j'ai rencontré un exemple remarquable de **tumeur fibreuse de l'ovaire**, ayant le volume d'une petite orange (*Ibid.*, 1848, p. 280).

Kystes de l'ovaire (*Ibid*, 1849. p. 323 et 329).

De ces deux cas, le premier était remarquable par la déformation qu'il avait fait subir à l'utérus ; le second avait ceci de particulier, que l'une des poches dont il était composé renfermait une grande quantité de cholestérine.

Kyste ovarique présentant des battements sensibles à travers la paroi abdominale antérieure (*Ibid.*, 1855, p. 453).

Kyste ovarique traité par le procédé d'une double ponction, avec tube flexible à demeure (*Ibid.*, 1855. p. 172).

Kystes séreux du ligament large, développés dans les conduits **du corps de Wolf** (*Ibid*, 1851, p. 69, 91 et 115).

Cas remarquable d'**ossification** d'une longueur de 20 centimètres dans l'épaisseur **du muscle droit antérieur de la cuisse** (*Ibid.*, 1854, p. 4).

Je termine cet exposé de titres par le relevé des pièces d'anatomie pathologique préparées et déposées par moi dans les collections du musée Dupuytren, et il me sera permis d'ajouter que ces spécimens de lésions remarquables à divers titres, constituent un puissant moyen d'instruction et que les collections d'anatomie morbide sont comme les écrits, comme les leçons orales, un mode précieux d'enseignement de cette branche des sciences médicales.

MALADIES DES MÉNINGES ET DES CENTRES NERVEUX.

1. Infiltration purulente de la pie-mère, dans la méningite aiguë.
2. Suppuration des méninges dans un cas de plaie de tête.

Ces pièces démontrent ce fait que, dans la méningite spontanée, l'inflammation et ses produits se rencontrent à peu près uniquement dans la pie-mère; tandis que l'inflammation de l'arachnoïde et les sécrétions puriformes dans la grande cavité séreuse, se voient surtout dans les méningites de cause traumatique ou consécutives aux maladies des os du crâne.

3. Ossification de la dure-mère rachidienne.
4. Myélite et suppuration des méninges rachidiennes.
5. Kyste séreux, du volume d'une grosse noix, dans la substance du cerveau.

Cette pièce est un des exemples les plus remarquables des mutations que subissent certains foyers hémorrhagiques dans lesquels le caillot disparaît graduellement, pour faire place à un liquide transparent qui finit par constituer un kyste séreux sans aucune trace de fibrine.

6. Masse tuberculeuse développée dans le cervelet.

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE : PÉRICARDE ET CŒUR.

7. Péricardite simple.
8. Péricardite avec fausses membranes sans hypertrophie du cœur.

9. Péricardite sur un cœur hypertrophié.

10. Péricardite sur un cœur affecté d'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

11. Péricardite avec pseudo-membranes molles récentes.

12. Péricardite avec pseudo-membranes villeuses.

13. Péricardite avec pseudo-membranes aréolées.

14. Péricardite avec pseudo-membranes réticulées.

15. Péricardite hémorrhagique. — Pseudo-membranes épaisses infiltrées de sang. — Tubercules des plèvres.

La présence de tubercules sous la plèvre voisine tend à démontrer que la péricardite était, dans ce cas, sous la dépendance d'une diathèse tuberculeuse.

16. Péricardite avec pseudo-membranes et adhérences partielles encore récentes.

17. Péricardite avec adhérences celluleuses anciennes.

18. Péricardite ancienne, adhérences celluleuses universelles; végétations verruqueuses sur les valvules aortiques.

19. Péricardite ancienne; adhérences partielles des deux feuillets séreux. — Cœur hypertrophié.

20. Péricardite ancienne; adhérences celluleuses serrées; cœur dilaté.

21. Péricardite ancienne; adhérences celluleuses universelles entre les deux feuillets du péricarde; cœur petit.

22. Péricardite tuberculeuse; fausses membranes infiltrées de tubercules.

Cette série de pièces fournit un modèle des principales formes de la péricardite aiguë et des aspects variés que présentent les fausses membranes du péricarde. Le n° 21 démontre aussi que, si les adhérences péricardiques peuvent être considérées comme une cause de dilatation des cavités du cœur, elles peuvent exister aussi sans aucune augmentation de volume ou de capacité de ce viscère.

23. Cœur de dimensions moyennes comme type.

24. Atrophie considérable du cœur.

25. Hypertrophie du ventricule gauche.

26. Hypertrophie du ventricule droit.

27. Hypertrophie générale des parois du cœur.

28. Hypertrophie considérable du cœur.

29. Hypertrophie énorme du cœur.

30. Hypertrophie générale, avec péricardite récente.

31. Hypertrophie générale, avec adhérences partielles du péricarde.

32. Hypertrophie et dilatation considérable des cavités du cœur.

33. Dilatation du ventricule droit. — Épaississement de la valvule tricuspide.

34. Hypertrophie considérable du cœur, avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

35. Hypertrophie du ventricule droit et communication inter-auriculaire, par la persistance du trou de Botal.

36. Hypertrophie du cœur et plaques cartilagineuses de l'aorte.

37. Endocardite : dépôts pseudo-membraneux concrétés à la surface interne du ventricule gauche.

38. Endocardite ancienne dans le ventricule gauche. — Épaississement et opacité notable de la membrane interne.

39. Perforation du cœur, à la base du ventricule gauche.

40. Dégénérescence graisseuse du cœur. — Perforation de l'origine de l'aorte dans le péricarde ; péricardite et hémorrhagie dans la cavité séreuse.

41. Tubercules du cœur, dans le tissu cellulaire sous-séreux.

42, Kyste des parois du cœur, renfermant une matière crayeuse, onctueuse et des agglomérations crétacées.

43. Accumulation de matière crayeuse dans les parois du cœur, autour de l'anneau que forme l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

44. Noyau cancéreux dans les parois du cœur.

On voit dans cette série de pièces toutes les variétés que présente l'hypertrophie du cœur, et des exemples de la plupart des altérations organiques de ce viscère susceptibles de conservation.

45. Caillot récent dans l'oreillette droite.

46. Caillot aplati, dense et résistant, dans le ventricule droit.

47. Caillot fibrineux, ferme, dans le ventricule gauche.

48. Concrétion fibrineuse, solide, ancienne, dans le ventricule aortique.

49. Caillot organisé, fortement adhérent au sommet du ventricule gauche.

Ces pièces démontrent les caractères distinctifs des caillots formés après la mort, dans les derniers instants de la vie, ou plus ou moins longtemps avant la cessation de l'existence : les premiers sous forme de masses noirâtres, molles, sans cohésion ; les seconds partiellement décolorés, fibrineux, adhérant par intrication ; les troisièmes denses, résistants rosés, fermement adhérents à la membrane interne.

50. Cœur de moyenne dimension avec rétrécissement auriculo-ventriculaire léger.

51. Cœur de volume ordinaire avec rétrécissement mitral moyen.

52. Cœur moyen avec rétrécissement mitral notable.

53. Cœur moyen avec rétrécissement mitral extrême.

54. Rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

55. Orifice auriculo-ventriculaire rétréci au point de ne pas laisser passer le doigt auriculaire.

56. Végétations molles récentes sur la valvule mitrale.

57. Ulcérations et végétations sur la valvule mitrale.

58 à 67. Collection d'altérations de la valvule mitrale : épaississements ; plaques jaunes ; indurations cartilagineuses, crétacées. — Rétrécissements. — Dizaine de pièces rapprochées dans un même bocal.

68 à 77. Collection d'altérations des valvules aortiques : valvules épaissies, réticulées, indurées, avec végétations molles, ostéo-calcaires. — Insuffisances. — Dizaine de pièces réunies et rapprochées dans un même bocal.

78. Rétrécissement extrême de l'orifice aortique par ossification des valvules sémilunaires.

79. Dilatation de l'orifice de l'aorte; raccourcissement relatif des valvules sigmoïdes, d'où résulte une insuffisance par défaut d'harmonie.

80. Insuffisance des valvules aortiques par relâchement d'une de ces valvules.

81. Insuffisance des valvules aortiques par suite de l'adhérence complète de l'une d'elles à la paroi de l'aorte.

82. Perforation de deux valvules aortiques.

83. Cœur hypertrophié; végétations sur les valvules aortiques; perforation de l'une d'elles. — L'artère pulmonaire n'a que deux valvules sigmoïdes.

84. Altérations diverses avec rétrécissement des deux orifices du cœur gauche.

Ces nombreux exemples de lésions des valvules sigmoïdes et mitrales concordent avec la fréquence relativement très-grande des altérations des orifices du cœur gauche, comparativement à la rareté des lésions des valvules du cœur droit que l'on rencontre plus particulièrement dans les cas de communication entre les cavités droites et gauches du cœur.

MALADIES DES VAISSEAUX SANGUINS : AORTE, ARTÈRES, VEINES.

85 à 94. Collection d'altérations de l'aorte : taches, plaques jaunes, ossifications, ramollissements partiels, ulcérations, rapprochés et réunis dans un même bocal.

95 à 104. Collection d'altérations de l'aorte : plaques cartilagineuses, matière athéromateuse.

105. Plaque d'apparence fibreuse à la face interne de l'aorte.

106. Perforation de l'aorte thoracique.

107. Rétrécissement extrême de l'aorte thoracique au-dessous de la naissance de l'artère sous-clavière gauche.

108. Oblitération complète de l'aorte abdominale à sa terminaison par un caillot dense, résistant, sur lequel les parois artérielles sont fortement contractées.

109. Aorte obstruée et oblitérée à sa terminaison par un caillot fibrineux assez résistant.

110. Dilatation de l'aorte ascendante; plaques cartilagineuses déposées à sa surface interne.

111. Dilatation de l'aorte ascendante; plaques crétacées très-prononcées; légère hypertrophie du cœur.

112. Dilatation considérable de l'aorte ascendante.

113. Dilatation considérable de la crosse de l'aorte.

114. Anévrysme de l'aorte ascendante, avant l'origine du tronc brachio-céphalique.

115. Anévrysme volumineux de la crosse de l'aorte, avec caillots stratifiés dans la poche anévrysmatique.

116. Anévrysme de la crosse de l'aorte, poche allongée remontant derrière la clavicule, sur le côté gauche du cou, jusqu'au niveau du cartilage thyroïde.

117. Anévrysme de l'aorte entre l'artère innominée et la carotide gauche.

118. Anévrysme de la crosse de l'aorte avec perforation de la poitrine.

119. Anévrysme de l'aorte ascendante avec perforation du sternum.

120. Anévrysme de l'aorte ascendante : large perforation du sternum.

121. Anévrysme de l'aorte ascendante avec perforation de la paroi antérieure droite du thorax.

122. Anévrysme de l'aorte ascendante, perforation du thorax sous l'aisselle.

123. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la bronche gauche.

124. Anévrysme de l'aorte pectorale avec perforation de la trachée-artère.

125. Anévrysme de l'aorte ; le vaisseau passe derrière la trachée-artère et l'œsophage ; usure profonde de plusieurs vertèbres. (Voir le nº 394.)

126. Anévrysme de l'aorte thoracique au-dessous de l'artère sous-clavière gauche ; usure profonde du corps des 4me, 5me, 6me, 7me et 8me vertèbres dorsales.

127. Anévrysme énorme (ayant le volume d'une très-grosse pastèque) de l'aorte thoracique descendante.

128. Anévrysme de l'aorte abdominale ayant creusé une cavité dans le corps d'une vertèbre.

Cette collection intéressante d'anévrysmes fournit des exemples curieux de la plupart des altérations que produisent dans leur accroissement ces tumeurs de l'aorte qui, non-seulement compriment et refoulent les organes voisins, mais perforent la trachée, traversent la poitrine dans des points divers, usent la colonne vertébrale et pénètrent jusque dans le canal rachidien. (Voir aussi le nº 395.)

Plusieurs pièces démontrent aussi les efforts de la nature pour prévenir les accidents les plus redoutables, et pour amener quelquefois la guérison par le dépôt graduel de couches fibrineuses dans la poche anévrysmale dont les parois se contractent sur le caillot qui la remplit.

129. Transposition du tronc brachio-céphalique à gauche.

130. Anévrysme de l'artère innominée.

131. Ossification de l'artère fémorale et de ses divisions, dans la gangrène sénile.

132. Phlébite avec oblitération de la veine jugulaire.

133. Phlébite de la veine crurale.

134. Phlébite avec obstruction des deux veines crurales.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : PLÈVRES, POUMONS, TRACHÉE-ARTÈRE ET LARYNX.

135. Kyste séreux dans le médiastin antérieur.
136. Tumeur cancéreuse du médiastin.
137. Tubercules dans les muscles intercostaux.
138. Tubercules sous-pleuraux ; tubercules dans les parois du thorax.
139. Pleurésie ; pseudo-membranes ; compression du poumon.
140. Pleurésie générale tuberculeuse.
141. Pleurésie tuberculeuse double ; gros tubercules dans le tissu cellulaire sous-pleural.
142. Plaque fibreuse de la plèvre.
143. Plaque fibro-cartilagineuse de la plèvre.
144. Plaque cartilagineuse de la plèvre.
145. Plaques osséo-calcaires développées dans les fausses membranes pleurétiques.
146. Plaque osseuse développée sur la plèvre pariétale.
147. Production osséo-calcaire, formée à la base de la plèvre.
148. Cancer de la plèvre.
149. Kyste hydatique de la plèvre.
150. Pneumonie, hépatisation du poumon.
151. Abcès métastatiques du poumon.
152. Gangrène du poumon : eschare, excavation gangréneuse.
153. Phthisie tuberculeuse du poumon, excavations ulcéreuses.
154. Phthisie granulée du poumon.
155. Granulations miliaires du poumon.

Ces deux pièces tendent à démontrer l'analogie des granulations miliaires avec les tubercules du poumon, par la coexistence de tubercules manifestes dans les ganglions bronchiques.

156. Perforation tuberculeuse du poumon.

157. Ganglions bronchiques convertis en matière crayeuse, partiellement crétacée.

158. Dilatations petites, nombreuses, des bronches.

159. Dilatation des bronches en ampoule.

160. Ossification des cartilages du larynx et des arceaux de la trachée-artère.

161. Ulcérations laryngées typhoïdes.

162. Ulcérations syphilitiques cicatrisées dans le larynx; destruction partielle de l'épiglotte.

163. Ulcérations laryngées syphilitiques; perforation de l'épiglotte.

164. Ulcérations syphilitiques du larynx avec carie des cartilages et fistules cutanées.

165. Végétations syphilitiques du larynx; carie et nécrose des cartilages; perforation de l'œsophage.

166. Ulcérations syphilitiques du larynx cicatrisées; rétrécissement de ce conduit.

167. Ulcérations syphilitiques cicatrisées du larynx; rétrécissement de ce conduit; dilatation de la trachée-artère.

168. Ulcérations laryngées tuberculeuses.

169. Larynx tuberculeux: épaississement très-considérable de l'épiglotte et des ligaments aryténo-épiglottiques.

170. Altérations du larynx et de la trachée-artère dans la variole.

171. Croup: fausses membranes épaisses tapissant le larynx et la trachée-artère.

Cette série de pièces, concurremment avec plusieurs autres que j'ai déposées plus tard au Musée, démontrent les propositions consignées dans mon *Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes* relativement aux caractères distinctifs des diverses espèces d'ulcères du larynx et à la curabilité remarquable des ulcérations de nature syphilitique. (Voir plus haut, page 13.)

172. Ossification de la moitié gauche du corps thyroïde.

173. Ossifications et kystes multiples du corps thyroïde.

174. Goître enkysté du lobe droit du corps thyroïde.

175. Tumeur cystique du cou. — Kyste volumineux rempli de fibrine.

176. Tumeur cancéreuse du cou avec perforation de l'œsophage, de la trachée-artère et de l'une des artères carotides primitives.

MALADIES DES ORGANES DIGESTIFS : ŒSOPHAGE, ESTOMAC, INTESTINS ET PÉRITOINE.

177. Ulcérations en grande partie cicatrisées et rétrécissement de l'œsophage, consécutifs à un empoisonnement par l'acide sulfurique.

178. Altérations de l'estomac après l'ingestion de l'acide sulfurique.

179. Ramollissement huntérien et perforation de la grande tubérosité de l'estomac.

180. Ramollissement huntérien, perforation de l'estomac, éraillure de la partie correspondante du diaphragme.

181. Tumeur polypiforme développée à la surface interne de l'estomac.

182. Tumeur fibrineuse, du volume d'une orange, développée à la face postérieure et près de la petite courbure de l'estomac.

183. Tumeur ossiforme de la grosseur d'une pomme, à surface bosselée, appendue à la petite courbure de l'estomac.

184. Ulcérations petites et nombreuses de la membrane interne de l'estomac.

185. Hypertrophie de la portion pylorique de l'estomac, cancer commençant.

186. Hypertrophie et induration de la portion pylorique de l'estomac, ulcération de la surface interne.

187. Cancer commençant du pylore.

188. Cancer ulcéré du pylore.

189. Cancer de l'estomac ; calculs dans la vésicule biliaire.

190. Cancer de l'estomac avec développement de vaisseaux lymphatiques sur les parois.

191. Cancer du pylore et des ganglions mésentériques ; très-beaux vaisseaux lymphatiques sur le mésentère et l'intestin grêle.

192. Cancer ulcéré adhérent avec le foie.

193. Cancer ulcéré de la région pylorique de l'estomac, perforation bouchée par le foie.

194. Ulcère perforant de l'estomac bouché par le pancréas.

195. Cancer ulcéré de l'estomac, perforation et adhérence avec la paroi abdominale antérieure.

196. Cancer colloïde de l'estomac.

197. Cancer gélatineux de la moitié pylorique de l'estomac.

198. Cancer colloïde de l'estomac occupant la plus grande partie de ce viscère épaissi et augmenté de volume.

199. Cancer gélatineux de la totalité de l'estomac ; diminution de volume de l'organe.

Ces exemples suffisent pour confirmer ce fait, que le cancer colloïde envahit fréquemment une grande étendue de l'estomac, tandis que le cancer ordinaire (squirrhe ou encéphaloïde) est le plus souvent limité à une portion peu étendue de ce viscère : circonstance anatomique qui peut servir à déterminer, pendant la vie, l'espèce particulière de lésion organique de l'estomac.

200. Diverticulum de l'intestin grêle adhérent par son extrémité.

201 à 203. Collection de diverticules de l'intestin.

204. Entérite simple.

205. Entérite pseudo-membraneuse.

206. Entérite pseudo-membraneuse de l'intestin grêle ; ulcérations dans le gros intestin.

207. Inflammation pseudo-membraneuse du côlon chez un enfant.

208. Inflammation phlegmoneuse du duodénum ; infiltration purulente et épaississement considérable de ses parois.

209. Développement des plaques de Peyer, dans un cas de méningite.

210. Altérations intestinales typhoïdes, forme gangréneuse.

211 à 214. Collection d'altérations typhoïdes des plaques de Peyer ; eschares jaunes, ulcérations, ulcères cicatrisés, taches ardoisées consécutives.

Il est assez remarquable que les ulcérations typhoïdes de l'intestin (si fréquentes en raison de la fréquence de la fièvre typhoïde) se cicatrisent d'ordinaire en se recouvrant d'un tissu tomenteux qui a beancoup d'analogie avec la membrane muqueuse, et donnent bien rarement lieu aux rétrécissements qui succèdent beaucoup plus souvent à d'autres espèces d'ulcères.

215. Ulcération simple du jéjunum, cicatrisée en forme d'étoile.

216. Ulcérations ardoisées de l'intestin grêle ; cicatrisation commençante ; rétrécissement.

217. Ulcérations dysentériques du gros intestin.

218. Ulcérations intestinales tuberculeuses.

219. Ulcérations syphilitiques du gros intestin.

220. Perforation typhoïde, au fond d'un diverticulum de l'intestin grêle.

221. Rétrécissement de l'intestin grêle. — Ulcérations tuberculeuses, dilatatation de l'intestin et perforation au-dessous du point rétréci.

222. Invagination de l'intestin grêle. — Dilatation, hypertrophie et perforation du bout supérieur.

223, Concrétion intestinale du volume d'un œuf de pigeon.

224. Anus anormal traité par l'entérotome.

225. Anus anormal de la fin de l'intestin grêle [guéri par les pinces de Dupuytren.

226. Imperforation de l'anus ; dilatation du rectum.

327. Hémorrhoïdes. — Ulcérations et cicatrices du rectum.

228. Rétrécissement du rectum ; hypertrophie, dilatation et perforation du côlon.

229. Cancer du duodénum au niveau de l'insertion du canal cholédoque. — Dilatation des canaux et conduits biliaires.

230. Cancer ulcéré du duodénum; distension des canaux biliaires.

231. Cancer du cœcum.

232. Cancer ulcéré du cœcum.

233. Cancer ulcéré du rectum.

234. Cancer du rectum ; rétrécissement extrême ; communication de la portion iliaque du côlon au-dessus de la lésion, avec le rectum au dessous du point rétréci.

Cette pièce est un exemple des ressources de la nature dans les cas en apparence les plus désespérés : grâce à la communication entre les deux bouts de l'intestin, les matières alvines pouvaient passer du côlon dans le rectum, malgré l'extrême rétrécissement de la portion cancérée.

235. Cancer colloïde du rectum ; perforation communiquant dans un foyer purulent, ouvert lui-même dans le péritoine.

246. Péritonite granuleuse.

237. Péritonite tuberculeuse.

238. Masses tuberculeuses dans l'épiploon ratatiné.

239. Hernie inguinale ; adhérence de l'intestin au fond du sac.

240. Tumeur fibreuse du volume et de la forme d'une moitié de meringue, développée dans l'abdomen et à laquelle sont accolés le duodénum et une anse de l'intestin grêle. — Rétrécissement de ces deux portions du tube digestif.

241. Tumeur à coque osseuse, gélatineuse à l'intérieur, développée entre l'utérus et le rectum.

242. Kystes hydatiques de l'épiploon.

243. Vers lombrics engagés, à travers l'appendice idéo-cœcal per-

foré, dans la cavité du péritoine; quelques-uns ont pénétré dans l'arrière-cavité du grand épiploon.

C'est là un remarquable exemple des migrations possibles de la part des vers intestinaux. Dans un autre cas, j'ai vu plusieurs lombrics engagés à travers le canal cholédoque et le canal hépatique jusque dans les conduits biliaires.

MALADIES DE LA RATE, DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES.

244. Ganglions mésentériques convertis en tubercules crayeux et crétacés.

245. Deux petites rates supplémentaires appartenant à *une* rate normale.

246. Hypertrophie considérable de la rate, avec induration de son tissu.

247 à 250. Plaques fibreuses et cartilagineuses de la rate.

251 et 252. Tubercules de la rate.

253. Cancer de la rate. — Masses encéphaloïdes dans son tissu.

254. Kyste hydatique énorme de la rate.

255. Abcès idiopathique du foie.

256. Abcès métastatiques du foie, suites de plaie de tête.

257 à 259. Cirrhose du foie; états divers de cette lésion.

260. Cirrhose anomale, foie mamelonné, atrophié en plusieurs points.

261. Tubercules du foie.

262 à 264. Cancer du foie; masses encéphaloïdes disséminées dans son tissu.

265. Foie carcinomateux énorme.

266. Kystes hydatifères du foie, de volume et d'épaisseur variables.

267. Gros kyste hydatique du foie.

268. Kystes hydatiques multiples fortement contractés; les acépha-

locystes sont flétries, tassées et ne forment plus qu'une masse gélatineuse.

Cette dernière pièce est un exemple remarquable du mode de guérison, sans ouverture, des poches hydatiques par le tassement des vésicules et le retrait graduel des parois du kyste.

269. Hypertrophie des parois de la vésicule biliaire, évidence du plan musculeux.

270. Hypertrophie du plan musculeux de la vésicule biliaire. — Calcul engagé dans l'origine du canal cystique.

271. Épaississement notable des parois de la vésicule; calcul engagé dans son col.

272. Vésicule à parois épaisses, remplie de calculs.

Cette série de pièces, outre plusieurs autres que j'ai plus récemment déposées au Musée, ne laissent pas de doute sur l'existence du plan musculeux des parois de la vésicule, dont j'ai tâché d'apprécier l'influence dans mon *Mémoire sur le mécanisme e l'élimination des calculs biliaires.* (Voir *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 mars 1854.)

273. Calculs dans la vésicule biliaire, altération de ses parois consécutive à un cancer de l'estomac.

274 et 275. Vésicules contenant des calculs biliaires de diverses espèces.

276. Vésicule remplie de concrétions biliaires; calcul engagé dans le canal cystique.

277. Hydropisie de la vésicule; calcul arrêté dans le col; surface interne lisse, blanche; cavité distendue par un liquide blanc, limpide.

278. Hydropisie de la vésicule : dilatation très-considérable de ce réservoir, distendu par un liquide blanc, incolore; compression du canal cystique par une tumeur cancéreuse.

279. Dilatation des canaux biliaires par un cancer du duodénum.

280. Dilatation des canaux biliaires et des conduits hépatiques, dans un cas de cancer du duodénum.

MALADIES DES ORGANES URINAIRES.

281. Déplacement du rein droit, situé sur l'angle sacro-vertébral.

282 et 283. Déplacement du rein gauche, situé sur l'angle sacro-vertébral. Deux cas.

Ces déplacements, de même que la mobilité anormale des reins, présentent beaucoup d'intérêt pour le diagnostic de certaines tumeurs de l'abdomen.

284 à 288. Fusion des deux reins, cinq cas; dans tous les cinq, les reins sont réunis par leur extrémité inférieure.

289 à 294. Altérations des reins dans la maladie de Bright : congestion et hypertrophie, anémie, points laiteux dans la substance corticale, état granuleux, atrophie.

295. Reins d'un diabétique.

296 et 297. Kystes séreux du rein : gros kyste unique à parois minces; kystes multiples.

298. Deux reins altérés dans leur forme et leur structure par des kystes séreux multiples.

299. Kyste à parois fibreuses, partiellement ossifiées sur le rein.

300 et 301. Tubercules des reins : tubercules disséminés dans la substance corticale. — Matière tuberculeuse infiltrée dans la membrane interne des calices.

302. Rein tuberculeux; cavités dilatées; oblitération de l'uretère à sa partie inférieure; dilation extrême de ce conduit.

303. Noyau cancéreux dans le rein.

304. Cancer du rein gauche.

305. Cancer du rein; dilatation des calices dans une partie de l'organe.

306. Néphrite aiguë récente après l'opération de la taille; calculs dans le bassinet.

On comprend, par cette pièce, qu'un calcul venant à descendre du rein, consécutivement à la taille ou la lithotritie, on puisse retrouver une pierre dans la vessie, peu de temps après une opération faite avec succès.

307. Atrophie du rein ; pyélite calculeuse.

308. Dilatation considérable des uretères.

309. Inflammation aiguë de la vessie.

310. Inflammation phlegmoneuse de la vessie, infiltration purulente de ses parois.

311. Vessie après la lithotritie.

312. Hypertrophie des parois de la vessie. — Rétrécissement de l'urèthre. — Fausses routes dans la prostate, perforation.

313. Cancer de la vessie.

314. Hypertrophie de la prostate. — Épaississement des parois de la vessie.

315. Excavation tuberculeuse de la prostate.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX.

316. Hydrocèle. — Tunique vaginale dilatée. — Parois notablement épaissies.

317. Plaque cartilagineuse développée sur le testicule.

318. Tunique vaginale à parois épaissies, partiellement ossifiées.

319. Tubercules du testicule,

320. Tubercules des testicules et des vésicules séminales.

321. Kyste du cordon testiculaire.

322. Hypospadias.

323. Utérus double : chaque moitié pourvue d'une trompe et d'un ovaire. — Vagin divisé en deux dans toute sa longueur.

Cette pièce est assurément l'une des plus remarquables de ce genre d'anomalies des organes génitaux et fournit des considérations intéressantes au point de vue des accouchements et de la médecine légale.

324. Utérus au cinquième mois de la gestation. — État de la membrane caduque.

325. Inflexion latérale gauche de l'utérus (latéro-flexion).

326. Altération de l'utérus dans la métro-péritonite.

327 à 330. Collection de corps fibreux de l'utérus, de volume et de consistance variables.

Ce fait d'observation que, dans l'immense majorité des cas, on peut constater sur ces tumeurs une couche du tissu utérin, tend à démontrer que les corps fibreux prennent toujours naissance dans la substance musculeuse de la matrice, formant les polypes fibreux quand ils se développent près de la surface interne, et constituant, quand ils naissent près de la surface externe, ces tumeurs solides appendues à l'utérus par un mince pédicule (*voir* n° 334), et qui pourraient s'en détacher complétement et devenir libres dans la cavité péritonéale.

331. Tumeurs fibreuses de volume variable et tellement nombreuses que l'utérus est à peine reconnaissable.

332. Tumeurs fibreuses de l'utérus partiellement ossifiées.

333. Tumeur fibreuse du volume d'un œuf de dinde, complétement ossifiée.

Ce sont des cas de ce genre que l'on a quelquefois considérés, à tort, comme des calculs de l'utérus.

334. Tumeur fibreuse de la matrice, du volume d'une tête d'enfant, partiellement ossifiée et ne tenant plus à l'utérus que par un pédicule très-mince.

335. Tumeur fibreuse logée dans la fosse illiaque droite, naissant du col de l'utérus par un pédicule étroit.

336. Cavité considérable formée dans la paroi postérieure de l'utérus augmenté de volume, et contenant une masse blanchâtre, d'apparence fibreuse.

337 à 339. Collection de cancers de la matrice ; marchant tous du col de l'utérus vers le fond de l'organe.

Les exceptions à cette règle sont presque toujours des cancers consécutifs à la dégénérescence des organes voisins; les n°s 340 et 341 en sont des exemples.

340. Tumeurs cancéreuses dans le tissu de la matrice ; cancer des ovaires et de la trompe.

341. Tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure de l'utérus. — Cancer consécutif.

342. Grossesse extra-utérine tubaire droite ; rupture de la trompe ; épanchement sanguin dans le péritoine.

343. Kyste de la trompe utérine.

344. Trompes remplies de matière tuberculeuse.

345. Hypertrophie très-considérable des deux ovaires.

346 et 347. Kystes ovariques : kyste récent, petit, à parois minces ; kyste plus ancien, gros, à parois plus épaisses.

348. Kyste uniloculaire énorme de l'ovaire.

349 et 350. Kystes ovariques multiloculaires très-volumineux.

A côté de ces exemples de kystes séreux de l'ovaire, choisis entre beaucoup d'autres, je n'ai pu placer un seul exemple d'hydatides de cet organe. Rien de plus fréquent que les kystes de l'ovaire, rien de plus rare que les hydatides.

351. Kyste à parois ossiformes, contenant une matière gélatineuse.

352. Kyste pileux de l'ovaire.

353. Deux kystes pileux trouvés dans le même bassin, l'un à droite de la matrice, l'autre à gauche, contenant des dents.

354. Oblitération du vagin à la partie moyenne de sa longueur, sur une femme âgée.

355. Chute du vagin avec abaissement de la vessie.

356. Chute du vagin avec abaissement de la matrice.

357. Cancer du vagin ; perforation de la cloison vagino-rectale. -- (L'utérus est presque intact.)

358. Squirrhe de la mamelle.

MALADIES DE LA PEAU, DES MUSCLES ET DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

359 et 360. Pustules varioliques discrètes. — Id. confluentes.

361. Collection de pustules varioliques à leurs diverses périodes.

362. Pustules de la variole sur la paume de la main, à la plante des pieds.

363. Variole hémorrhagique.

364. Pustules de la varioloïde.

365. Tumeur fongueuse de l'oreille.

366. Tumeur squirrheuse développée derrière l'oreille.

367. Kyste prérotulien renfermant de petits corps albumineux.

368. Kyste du poignet contenant de petits corpuscules albumineux.

369. Altérations de la morve chez l'homme.

370. Ganglions lymphatiques du pli de l'aine, des aisselles et de l'abdomen, formant les bubons de la peste (donnés par le docteur Clot-Bey).

371. Éléphantiasis des Arabes (jambe).

372 et 373. Vaisseaux lymphatiques et muscles de la cuisse du même sujet.

374. Portion osseuse irrégulière trouvée dans un muscle de la cuisse,

375. Altération fibreuse des muscles de la jambe.

DÉFORMATIONS DU SQUELETTE, MONSTRUOSITÉS.

376. Fœtus monstrueux : hydrorachis, anencéphalie.

377. Organes internes d'un fœtus double (monstruosités par fusion).

378. Squelette de fœtus monstrueux double; les deux fœtus sont intimement unis par le sternum et le bassin.

Cette pièce très-remarquabte fournit une frappante démonstration de cette loi d'harmonie que l'on trouve jusque dans les déviations de la nature, à savoir, que, dans les monstruosités jumellaires, l'adhérence ou la pénétration se fait par des parties toujours similaires : dans le cas dont il s'agit, le sternum de l'un des fœtus est uni au sternum de l'autre, la hanche à la hanche, et le bras droit de l'un s'est fondu dans le bras gauche de son congénère.

379. Squelette de bossu, par carie tuberculeuse de plusieurs vertèbres cervicales.

380. Squelette de rachitique : déviation et inflexion de la colonne vertébrale.

381. Squelette de vieille femme avec incurvation notable des deux jambes.

382 et 383. Deux squelettes de fœtus jumeaux, de sept mois.

384. Tête de fœtus anencéphale.

385. Tête de chevreau cyclocéphale.

MALADIES DE LA TÊTE, DE LA COLONNE VERTÉBRALE, DES CÔTES ET DU BASSIN.

386. Plaie du crâne par instrument tranchant : sillon profond sur le coronal.

387. Fracture des os du crâne et de la face.

388. Infiltration purulente du diploé, par suite d'une plaie du crâne.

389. Carie des os du crâne, les unes superficielles, les autres plus profondes; l'une de ces dernières a donné lieu à une perforation; d'autres présentent un travail de cicatrisation assez avancé.

390. Cancer des os du crâne : couche de matière cancéreuse à la surface externe, érosion des pariétaux.

391. Perforation du pariétal gauche par une tumeur fongueuse.

392. Cancer de la portion palatine et sous-orbitaire de l'os maxillaire supérieur.

393. Plaie d'arme à feu de la colonne vertébrale, perforation du corps des huitième et neuvième vertèbres dorsales.

394. Usure, par le contact d'un anévrysme aortique, du corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales.

395. Usure profonde, par un anévrysme aortique des septième, huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales : ces trois dernières sont érodées jusque dans le canal rachidien.

396. Carie tuberculeuse des vertèbres.

397. Carie tuberculeuse avec destruction d'une grande partie du corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires.

398. Foyers d'abcès par congestion formés dans la gaîne du muscle psoas, au-devant du sacrum et des dernières vertèbres lombaires.

399. Vice de conformation du bassin.

400. Tubercules du sacrum.

401. Carie cancéreuse de l'os iliaque.

402. Usure et perforation de la fosse iliaque par une tumeur cancéreuse.

403. Cancer spongieux de l'ischion.

404. Deux côtes surnuméraires appartenant à la septième vertèbre cervicale.

405. Épiphyse anormale sur une côte.

406. Fracture consolidée de huit côtes, depuis la deuxième jusqu'à la neuvième inclusivement, du côté droit.

Exemple remarquable de guérison après un écrasement de la poitrine suivi de fractures aussi nombreuses.

407. Tubercule dans l'épaisseur d'une côte.

MALADIES DES MEMBRES : ARTICULATIONS ET OS.

408. Fracture de la clavicule consolidée.

409. Fracture multiple de l'omoplate.

410. Excavation tuberculeuse dans la tête de l'humérus.

411. Luxation incomplète du coude.

412 et 413. Arthrite sèche : 1° altération des surfaces articulaires du coude ; 2° altération de la surface carpienne des os de l'avant-bras.

414. État des os d'un moignon, à la suite d'une amputation de l'avant-bras. Luxation de l'extrémité supérieure du radius.

415. Nécrose de l'index.

416. Articulation de la hanche chez un sujet atteint d'éléphantiasis du membre pelvien.

417. Fémur et os de la jambe du même sujet.

418. Luxation incomplète du fémur gauche en haut et en arrière.

419. Luxation du fémur en haut et en arrière.

420. Ankylose complète du fémur avec l'os coxal.

421. Carie des surfaces articulaires de la hanche ; large perforation de la cavité cotyloïde.

422. Maladie de l'articulation coxo-fémorale; la tête du fémur ne tient plus à la cavité du cotyloïde que par un mince filament.

423. Arthrocace sénile ; végétations osseuses sur le bord des surfaces articulaires du genou.

424. Ankylose de l'articulation fémoro-tibiale.

425. Usure des cartilages des surfaces articulaires du genou.

426 et 427. Altération des surfaces articulaires dans la tumeur blanche du genou.

428. Cancer volumineux développé derrière l'articulation du genou.

429. Luxation du pied, en dehors et en arrière ; fracture de la malléole externe.

430. Tumeur blanche du pied ; fistules, fongosités, carie des os du tarse.

431. Ankylose de l'articulation tibio-tarsienne et des os du pied.

432. Fracture du col du fémur et de l'ischion.

433. Fracture du col du fémur ; la tête est restée accolée au fond de la cavité cotyloïde.

434. Fracture du col du fémur et détachement du petit trochanter.

435. Fracture du col du fémur ; le col est resté enclavé entre deux fragments.

436. Fracture et consolidation vicieuse de la partie supérieure du fémur.

437. Végétations osseuses sur le fémur.

438. Inflammation et nécrose du fémur et du tibia.

439. Trajet ulcéreux dans le fémur. — Éburnification très-prononcée.

440. Tubercules du fémur ; éburnification du tissu osseux ; séquestre.

441. Excavation tuberculeuse du grand trochanter.

442. Cancer énorme du corps du fémur chez un adulte.

Exemple remarquable des désordres que le cancer peut produire jusque dans les os les plus durs, en écartant les lamelles osseuses, qu'on retrouve disséminées au milieu des masses encéphaloïdes mêlées d'épanchements sanguins décolorés.

443. Cancer de l'extrémité inférieure du fémur. — Formation d'une lame osseuse nouvelle sous le périoste voisin.

444. Fracture et consolidation incomplète de la rotule.

445. Fracture du tibia et du péroné.

446. Ostéite ; cavité purulente dans l'extrémité supérieure du tiba ; hypertrophie et induration du tissu osseux ; végétations osseuses à la surface.

447. Végétations osseuses du tibia et du péroné.

448. Nécrose de la partie inférieure du tibia ; séquestre.

449. Tumeur ostéo-calcaire très-volumineuse, développée sur la face postérieure du tibia.

450. Pied-bot ; renversement du pied en dedans.

451. Pied-bot équin.

452. Squelette d'un pied frappé de gangrène.

453. Carie des os du tarse.

454. Carie du calcanéum.

455. Nécrose du calcanéum ; séquestre.

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.